

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
PSICOLOGIA

Intenções Parentais, Vias para a Parentalidade e Experiências no Contexto de Saúde de Pessoas Trans

Maria Inês Cardoso Monteiro de Oliveira
Marinho

M

2019



INTENÇÕES PARENTAIS, VIAS PARA A PARENTALIDADE E EXPERIÊNCIAS NO CONTEXTO DE SAÚDE DE PESSOAS TRANS

Maria Inês Cardoso Monteiro de Oliveira Marinho

Junho 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Susana Coimbra (FPCEUP) e coorientada pelo Professor Doutor Jorge Gato (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Aos meus pais, por serem um exemplo de força e determinação. Por se fazerem presentes com o seu amor, as palavras pacificadoras e os abraços apertados, independentemente da distância. Por saberem ser equilíbrio entre a proteção e a liberdade. Por acreditarem nos meus sonhos, como se fossem os seus.

Ao meu irmão, por vivenciar cada batalha comigo. Por caminhar ao meu lado em todos os momentos, festejar comigo todas as vitórias, acompanhar-me nos meus desesperos e erguer-me em todas as minhas quedas. Por ser o meu melhor amigo.

Ao Luís, por ser o meu porto seguro e a minha maior fonte de inspiração. Por fazer com que me desafie continuamente através do seu exemplo. Por me demonstrar que a humildade e a dedicação prevalecem sobre as inquietações que a vida nos coloca. Por me complementar com o seu amor em todos os momentos da minha vida.

À Isabel, por ser a força de todas as horas. Por ser a paz em momentos de maior agitação, a luz e generosidade, sem esperar nada em troca. Por fazer desta jornada, sua também, em todos os desabafos, conselhos, amarguras e vitórias partilhadas. Por ser das melhores pessoas que levo da faculdade e que mantenho na vida.

À Ana, por ser a minha melhor amiga, a constante na minha vida. Por me apoiar no meu objetivo, suportando as minhas ausências, sem nunca deixar de caminhar ao meu lado. Por todo o companheirismo, interesse e permanência.

À Joana, Adriana, Rosário e Deolinda, por serem as minhas grandes amigas da faculdade e por terem feito todo este percurso valer a pena.

À Mónica, Inês, Rita, Daniela, por me terem demonstrado que há sempre tempo para construir fortes amizades. Por me proporcionarem a descontração necessária, os sorrisos e a calma nos momentos de maior tensão. Por estarem sempre presentes.

À Professora Doutora Susana Coimbra e ao Professor Doutor Jorge Gato, por terem orientado, no verdadeiro sentido da palavra, esta dissertação. Por partilharem comigo opiniões tão pertinentes e por depositarem em mim a confiança para realizar determinadas escolhas. Por todo o profissionalismo e pelo entusiasmo que me transmitiram na viabilização desta dissertação.

A todos os participantes que contribuíram para que este trabalho fosse realizado. Por se terem disponibilizado, abertamente, a partilhar as suas experiências e por depositarem em nós a confiança para trabalhar sobre elas.

Resumo

Pouca investigação se tem debruçado sobre a temática da parentalidade em pessoas trans ou não binárias, sobretudo no contexto português. O presente estudo procura explorar as intenções parentais e as vias privilegiadas para alcançar a parentalidade em pessoas autoidentificadas como trans ou não binárias. Para além disso, visa compreender o modo como os serviços de saúde estão a contribuir para a realização destas intenções, através do estudo das experiências destas pessoas nos serviços de saúde, quer ao longo do processo de transição de género, quer relativamente à informação recebida sobre a perda e preservação de fertilidade. Este é um estudo com metodologia qualitativa, tendo-se socorrido de quatro grupos de discussão focalizada enquanto método de recolha de dados, e da análise de conteúdo para o seu posterior tratamento. Participaram no estudo treze pessoas autoidentificadas como trans e uma pessoa como não binária, com idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos e orientação sexual diversa. Da análise emergiram como categorias primárias a Intenção parental, as Vias para a parentalidade e as Experiências com o serviço de saúde. Verificou-se que metade dos/as participantes da amostra desejavam tornar-se pais/mães no futuro e que a grande maioria dos restantes apresentava uma posição indefinida quanto a esta temática. A adoção foi o método privilegiado pela amostra entre as vias para alcançar a parentalidade, contrariamente ao método tradicional de reprodução. Todos/as os/as participantes relataram ter sido informados/as sobre as consequências reprodutivas relacionadas com os procedimentos de transição de género. Uma percentagem inferior foi esclarecida sobre a possibilidade de preservação de fertilidade, ainda que a maioria da amostra não ponderasse efetivamente usufruir dessa opção. A morosidade dos procedimentos médicos, a baixa formação dos profissionais para trabalhar com pessoas trans e a utilização de terminologia cis e pronomes inadequados à identidade de género foram os aspetos mais realçados pelos participantes enquanto promotores de experiências negativas vivenciadas nos serviços de saúde ao longo dos seus processos de transição de género e de redesignação sexual. Os resultados deste estudo exploratório permitiram uma análise das intenções parentais e da experiência com os serviços de saúde com pessoas trans, sugerindo algumas diretrizes para a investigação e intervenção futuras com esta população específica.

Palavras-chave: Trans, Intenções parentais, Vias para a parentalidade, Serviço de Saúde, Fertilidade.

Abstract

There is very little research that has been conducted regarding parenting in trans or non-binary people, especially in the Portuguese context. The present study intends to explore parental intentions and the methods chosen to achieve parenting in self-identified trans or non-binary individuals. Furthermore, it aims to understand how health services are contributing to these intentions by studying the experiences of these people in these services, both during the process of gender transition, and regarding the shared information about loss and preservation of fertility. This is a qualitative study, relying on the discussion occurred in four focus groups as a method of data collection, and on content analysis for its subsequent treatment. Thirteen people self-identified as trans and as non-binary, with ages between 19 to 43, and with diverse sexual orientation participated in the study. Through analysis, Parental Intention, Methods to parenthood and Experiences with health service were identified as primary categories. It was found that half of the participants in the sample wanted to become parents in the future and that the vast majority of the others had an indefinite position on this subject. Adoption was the preferred method by the sample concerning the achievement of parenting, contrary to the traditional method of reproduction. All participants reported being informed about the reproductive consequences related to gender transition procedures. A lower percentage was clarified on the possibility of preservation of fertility, despite the fact that majority of the sample did not consider acting upon this option. The delay of the medical procedures, the lack of preparation and formation of professionals prepared to work with transgender people, and the use of cis terminology and inadequate gender identity pronouns were highlighted by the participants as promoters of negative experiences through the processes of gender transition and sexual reassignment. The results of this exploratory study allowed the exploration of parental intentions and experience with the health services by trans people, allowing to suggest some guidelines for future research and intervention with this specific population.

Key words: Trans, Parental Intentions, Pathways to parenthood, Health Service, Fertility.

Resumé

Peu de recherches se sont concentrées sur le thème de la parentalité chez les personnes trans ou non binaires, en particulier dans le contexte portugais. La présente étude cherche à explorer les intentions parentales et les moyens privilégiés d'atteindre le rôle parental chez des individus auto-identifiés comme trans ou non binaires. En outre, il vise à comprendre comment les services de santé contribuent à la réalisation de ces intentions en étudiant les expériences de ces personnes dans ces services, à la fois pendant le processus de transition entre les sexes et par rapport aux informations reçues sur la perte et préservation de la fertilité. Il s'agit d'une étude avec une méthodologie qualitative, ayant utilisé quatre groupes de discussion ciblés comme méthode de collecte de données et une analyse de contenu pour son traitement ultérieur. Ont participé à l'étude, treize personnes qui se sont identifiées comme étant trans et une personne identifiée comme non binaires, âgées de 19 à 43 ans et ont une orientation sexuelle diverse. De l'analyse ont apparues les catégories principales L'intention parentale, Des parcours menant à la parentalité et Des expériences vécues avec le service de santé. Il a été constaté que la moitié des participants à l'échantillon souhaitaient devenir parents à l'avenir et que la grande majorité des autres avaient une position indéfinie sur ce sujet. L'adoption a été la méthode privilégiée par l'échantillon parmi les moyens de parvenir à la parentalité, contrairement à la méthode de reproduction traditionnelle. Tous les participants ont déclaré avoir été informés des conséquences sur la reproduction des procédures de transition entre les sexes. Un pourcentage plus faible a été clarifié sur la possibilité de préservation de la fertilité, bien que la majorité de l'échantillon n'ait pas envisagé de tirer parti de cette option.

La lenteur des procédures médicales, le manque de préparation et de formation des professionnels pour travailler avec les personnes trans et l'utilisation de la terminologie cis et les pronoms inadéquats pour l'identité de genre ont été les points forts des participants en tant que promoteurs d'expériences négatives vécues dans les services tout au long du processus de transition entre les sexes et de changement de sexe. Les résultats de cette étude exploratoire ont permis d'explorer les intentions des parents et l'expérience avec les services de santé du point de vue des personnes trans, suggérant des lignes directrices pour la recherche et l'intervention future auprès de cette population spécifique.

Mots-clés: Trans, Intentions parentales, Voies menant à la parentalité, Services de santé, Fécondité.

Índice

Introdução	1
Parte I – Revisão de Literatura	2
1. Identidades de género trans: um enquadramento concetual	2
2. Clima Social em Portugal e na Europa Face às Pessoas Trans	5
3. Enquadramento Legal em Portugal	7
4. Intenções Parentais das Pessoas Trans	9
5. Vias e Barreiras à Parentalidade em Pessoas Trans	10
6. Opções de Preservação de Fertilidade para Pessoas Trans.....	13
7. Serviço de Saúde: Prática dos Profissionais	17
Parte II - Estudo Empírico	20
1. Metodologia.....	20
1.1. Objetivos e questões de investigação	20
1.2. Procedimentos de seleção da amostra e de recolha de dados.....	20
1.3. Amostra	22
1.4. Instrumentos	23
1.5. Procedimentos de análise de dados	23
2. Apresentação e Discussão dos Resultados	24
2.1. Intenção parental	24
2.1.1. Intenção parental positiva	24
2.1.1.1. Descendência/continuidade Familiar	25
2.1.1.2. Realização Pessoal	25
2.1.1.3. Graciosidade no processo de gestação	26
2.1.1.4. Filhos como fonte de apoio	26
2.1.2. Intenção parental negativa	26
2.1.3. Intenção parental indefinida.....	27
2.1.3.1. Influência da idade e da ausência de preparação para ter filhos	27
2.1.3.2. Influência dos/as parceiros/as	29
2.1.3.3. Priorização do processo de transição	29
2.2. Vias para a parentalidade	29
2.2.1. Adoção	29
2.2.2. Inseminação artificial.....	30
2.2.3. Gestação de substituição	31

2.2.4. Negação do método tradicional de reprodução – relação sexual	31
2.3. Experiência com o serviço de saúde	33
2.3.1. Fertilidade	33
2.3.1.1. Informação fornecida sobre perda da fertilidade e preservação de fertilidade	33
2.3.1.2. Timing e abordagens na transmissão de informação sobre a preservação de fertilidade	36
2.3.1.3. Ponderação e/ou realização da preservação da fertilidade	38
2.3.2. Processo de Transição	40
3. Conclusões	43
Referências Bibliográficas	46
Anexos	53

Lista de Abreviaturas

ACOG - The American College of Obstetricians and Gynecologists

APA – American Psychological Association

FG – Focus Group (Grupo de Discussão Focalizada)

FRA - European Union Agency for Fundamental Rights

LGB – Lésbicas, gays, bissexuais

LGBT – Lésbicas, gays, bissexuais e transexuais

LGBTI – Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, intersexo

LGBTQ – Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e queer.

MtF – Male to Female

FtM – Female to Male

NB – Não Binário

SNS – Sistema Nacional de Saúde

WPATH - World Professional Association for Transgender Health

Introdução

A configuração familiar tem vindo a sofrer alterações significativas na sua tipologia ao longo dos anos. Ao modelo tradicional familiar heteronormativo, acrescentam-se novas estruturas, como as famílias monoparentais, homoparentais e as famílias constituídas por pais/mães transexuais, entre outras, que desafiam os padrões rígidos convencionados do núcleo familiar (Faccio, Bordin, & Cipolleta, 2013).

Nas últimas décadas tem-se verificado um crescimento exponencial no que toca à investigação direcionada para o bem-estar da população lésbica, *gay*, bissexual e trans (LGBT). No âmbito da temática da parentalidade exercida por estas pessoas, a maternidade em pessoas lésbicas tem vindo a assumir um destaque mais evidente, sendo as outras estruturas familiares alvo de menor atenção (Gato, 2014). Em particular, os estudos orientados para as expectativas relativas à parentalidade na população trans, ainda se encontram numa fase bastante embrionária. Da mesma forma, pouco se sabe acerca do modo como os serviços de saúde estão a informar e/ou interferir na viabilização dos projetos parentais das pessoas trans.

Nesta medida, o presente estudo esforça-se por responder de forma exploratória a essas insuficiências, procurando obter uma melhor compreensão do modo como a parentalidade figura na vida das pessoas trans e, complementarmente, perceber o contributo dos profissionais de saúde na facilitação de formas de a concretizar.

Esta dissertação estrutura-se em duas secções distintas. A primeira dá lugar a um enquadramento teórico, no qual é realizada uma contextualização concetual de termos relevantes à compreensão futura do trabalho e é descrita uma conjuntura legal e social subjacente à população trans. Nesta parte inicial é revista literatura relativa às intenções parentais das pessoas trans, e, nesse âmbito, exploradas vias e barreiras à sua consecução. As possibilidades de preservação de fertilidade serão um tópico merecedor de destaque enquanto forma de ultrapassar algumas dessas barreiras, seguido por uma análise da prática dos profissionais de saúde no âmbito desta temática.

A segunda parte deste trabalho corresponde a um estudo empírico qualitativo que tem como base grupos de discussão focalizada realizados com pessoas trans, na qual estão contemplados os objetivos e aspetos metodológicos que orientam a sua realização, sendo igualmente apresentados e discutidos os resultados obtidos à luz das questões de investigação definidas inicialmente.

Parte I – Revisão de Literatura

1. Identidades de género trans: um enquadramento concetual

De modo a contextualizar teoricamente as identidades de género trans, será desenvolvida uma definição dos termos mais utilizados para as descrever. Importa introduzir um conceito prioritário, a identidade de género. Rodrigues (2016) sustenta que a identidade de género contempla um leque de comportamentos baseados em construções de género convencionais na sociedade. Esta pode ser definida como o autoconceito que cada indivíduo possui sobre a sua identificação com o género masculino ou feminino e consequentes conceções, ou quebra com tais conceções, de masculinidade e feminilidade (Sá, 2017). Assim, traduz-se no reconhecimento da pertença a um dado grupo social e na identificação com as suas respetivas construções de género (Platero, 2014).

Em contrapartida, a diversidade de género representa o grau em que a identidade e expressão de género divergem dos padrões convencionais impostos ao sexo masculino e feminino. Embora a não-conformidade de género remeta para a mesma definição, este é um termo conotado de forma mais estigmatizante do que a diversidade de género (APA, 2015).

Um conceito absolutamente relevante neste âmbito diz respeito à disforia de género. Esta é encarada como o sofrimento resultante do sentimento de inadequação entre o sexo biológico e a identidade de género (Sá, 2017). A disforia de género encontra-se integrada no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5), sendo descrita enquanto desconformidade entre o género de nascimento ditado pelas características sexuais primárias e/ou secundárias, e o género experienciado pelo indivíduo, perdurando por um período de, no mínimo, seis meses. É de notar que o género experimentado pelo indivíduo não se cinge exclusivamente aos padrões binários, podendo contemplar qualquer outro género alternativo. A esta descrição acompanha-se o desejo de alterar as características sexuais primárias e/ou secundárias de nascença e adquirir as características sexuais de outro sexo. O desconforto com o género atribuído à nascença está frequentemente associado a um desejo de ser tratado/a com base na sua identidade de género e experimentar condutas convencionais desse género (APA, 2013). Segundo o *Manual de Classificação Internacional de Doenças* (CID-10), a disforia de género refere-se à ânsia de pertencer ao sexo oposto, subjacente ao desconforto perante o sexo atribuído à nascença, surgindo assim o desejo de avançar com procedimentos cirúrgicos e hormonais de redesignação sexual (OMS, 2018).

A *Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgénero* (2012) elabora uma distinção relevante entre a variabilidade de género e a disforia de género. Enquanto a primeira se refere à discordância entre a identidade de género e os padrões sociais subjacentes ao sexo anatómico (Institute of Medicine, 2011 in WPATH, 2012), a segunda remete para o sofrimento inerente a tal discordância. Nem todas as pessoas com variabilidade de género apresentam disforia de género (WPATH, 2012).

Nesta base, surge o termo “trans”, uma vez que diz respeito aos indivíduos que não assumem qualquer identificação com o sexo/género com o qual nasceram, reconhecendo-se num género distinto. Esta condição gera uma necessidade de alienação das conceções propostas para o género e sexo de nascimento, traduzida na procura de alternativas para ser e estar de acordo com o género autoidentificado, seja através de alterações nos papéis sociais, seja por via de transformações corporais (Platero, 2014). “Trans” representa um conceito genérico, integrando um leque de indivíduos que não compatibilizam com os padrões de género convencionais, entre eles, os “transgénero” e os “transexuais” (Platero, 2014).

O termo transgénero, descrito pela *American Psychiatric Association* (2013) no DSM-5, diz respeito às pessoas que apresentam uma identificação diferente da do género de nascença. Feinberg, em 1992, definiu-o como o conjunto de indivíduos que não compatibilizam com os padrões de género “prescritos” pela sociedade, e em razão disso, sofre por parte desta, comportamentos discriminatórios. Santos (2012) utiliza este termo para descrever indivíduos com uma identificação com o sexo diferente do próprio, rejeitando o seu género, mas sem ser sentida a necessidade de proceder a uma alteração corporal.

No relatório produzido, em 2016, pelo Instituto Universitário de Lisboa, em parceria com a ILGA Portugal e com a *The Norwegian LGBT Organisation* (LLH), o termo transgénero pressupõe a inclusão, não apenas de indivíduos trans, mas também de pessoas intersexo e daquelas que não integram o binarismo feminino/masculino, nomeadamente os *genderqueer* (ISCTE, 2016). Este último refere-se ao indivíduo que não se identifica com nenhum dos géneros integrantes do binário de género. A APA refere que, de um modo geral, estes indivíduos não se identificam com o termo transgénero, já que a ele poderia estar associada uma transição de um género para outro específico e binário (APA, 2015). Do conceito transgénero fazem ainda parte os travestis, mulheres com expressões de género tipicamente masculinas, homens com expressões de género tipicamente femininas, *crossdressers* e *drag queen* (ISCTE, 2016). O termo *crossdresser* é atribuído aos indivíduos que vestem roupas socialmente associadas ao género oposto ao sexo biológico. Os *drag*

queen (ou *drag king*) adotam essa prática num contexto de caráter artístico, recorrendo a vestes do género “oposto” para realizar performances públicas (Carman, 2018).

As pessoas transgénero podem escolher, ou não, a alteração do seu corpo por via hormonal e cirúrgica, o que significa que o termo “transgénero” pode abranger uma inúmera série de casos de pessoas que estão em fases diferentes da sua transição. Nalguns casos, os indivíduos prescindem da cirurgia médica e optam pelo tratamento hormonal. Noutros, os dois procedimentos são levados avante. Em ambas, existe uma melhoria considerável na sensação de bem-estar e na disforia de género, caso esta última seja diagnosticada (American Society for Reproductive Medicine, 2015).

O termo “transexual” destina-se ao indivíduo que apresenta uma incongruência significativa entre o sexo provido à nascença e o género com o qual se identifica. Este pode recorrer à cirurgia de redesignação sexual e procedimentos hormonais, para alterar o seu corpo e obter a correspondência desejada (Rodrigues, 2016), já que os carateres sexuais, sejam eles primários ou secundários, são encarados com repugnância (Benjamim, 1996). Segundo o DSM-5, este termo representa a pessoa que experiencia uma mudança de sexo social ou física, sendo esta última alcançada através da intervenção cirúrgica ou do tratamento hormonal (APA, 2013). Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues e Pereira (2010) afirmam que ser transexual não implica forçosamente a existência de uma cirurgia de redesignação sexual, sendo suficiente a presença do tratamento hormonal para diminuir esta inconformidade entre sexo e identidade de género. Importa realçar que o fator determinante para a qualificação enquanto transexual assenta na intenção de agir de acordo com um género distinto do que foi atribuído à nascença. Um homem transexual é uma pessoa a quem à nascença foi atribuído o sexo feminino, mas que vivencia uma identidade de género masculina, podendo ser designado também por FtM (female to male). Uma mulher transexual foi provida de genitália masculina à nascença, mas identifica-se com o género feminino, referida também como MtF (male to female) (Nogueira et. al., 2010).

Antes do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5), a transexualidade integrava os critérios de “perturbação de identidade sexual”, atualmente designada por “disforia de género”. Esta referência encontra-se em consonância com a apresentada no *Manual de Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) (WHO, 2010). Contudo, de acordo com a sua recente edição, a transexualidade já não integra a lista de perturbações mentais (ICD-11, 2018)

Torna-se importante distinguir estes dois conceitos (transgénero e transexual), dado que são vulgarmente confundidos. Retomando as suas definições: transgénero remete para

aquele/a que ostenta uma identidade de género discordante do sexo anatómico do qual foi provido (Sá, 2017), mas que não altera ou não procura alterar as suas características sexuais primárias (WPATH, 2012). Já a noção de transexual estende-se aos indivíduos que, por se reconhecerem num género discordante do seu, procuram alterar as suas características sexuais primárias e/ou secundárias ou entregam-se a procedimentos de transição social de género (Sá, 2017) e de sexo (WPATH, 2012). Na presente dissertação utilizar-se-á o termo trans, com vista a abarcar um espectro mais amplo das expressões de género previamente descritas.

2. Clima Social em Portugal e na Europa Face às Pessoas Trans

De acordo com o estudo de Nogueira et. al. (2010), no panorama geral lésbico, gay, bissexual, trans e queer (LGBTQ), as pessoas transgénero são as que são alvo de maior discriminação em Portugal. Também a *European Union Agency for Fundamental Rights*, em 2014, ressaltou uma correlação significativa entre expressão de género e experiências discriminatórias. Estas subjazem maioritariamente à estruturação de uma sociedade firmada em padrões de género binários, com convenções rígidas sobre os papéis sociais (Nogueira et. al., 2010). Os indivíduos trans que se assemelham mais facilmente ao padrão binário de género, em regra, experienciam menos experiências discriminatórias (Downing, 2012).

A marginalização pode surgir em circunstâncias como a utilização de linguagem exclusivamente dicotómica (e a ausência de termos neutros), ou até mesmo a presença de espaços públicos pautados pelos modelos clássicos de género (e.g., casas de banho públicas). Uma situação, igualmente discriminatória, refere-se à complexidade no processo de alteração de nome e sexo nos documentos de identificação legal e na lentidão na obtenção dos relatórios médicos que certifiquem a disforia de género (Nogueira et. al., 2010). A este respeito, a FRA (2014) destaca que os países da União Europeia têm o dever de garantir a implementação de políticas de igualdade de tratamento e de diversidade ao nível do setor público, garantindo condutas positivas para com as pessoas trans.

Para estruturar a informação existente sobre a aversão face aos indivíduos trans, Hill (2002) indicou três tipos de fenómenos: a “transfobia”, os “ataques verbais/insultos de género” e o “genderismo”. A transfobia associa-se à repulsa emocional dirigida aqueles que não cumprem os padrões convencionais de género (Nogueira et. al., 2010). A Assembleia Parlamentar do Conselho Europeu destacou, em 2015, que a transfobia inclui um conjunto de fenómenos de violência assentes na identidade de género, entre eles, a marginalização, a

exclusão social, a discriminação e a criminalização. Os ataques verbais/insultos de género relacionam-se com ofensas e perseguição direcionada a este grupo de indivíduos (Nogueira et. al., 2010). O “genderismo” associa-se a uma interpretação patológica da transexualidade, que avalia pejorativamente pessoas transexuais face ao desajustamento entre sexo e género.

Tendo por base o Observatório de Discriminação em função da orientação sexual e identidade de género, referente ao ano de 2016, produzido pela ILGA Portugal (2017), foi possível verificar que a zona geográfica na qual foram descritas mais situações de discriminação em Portugal foi Lisboa, seguida pelo Porto, e posteriormente, por Setúbal e Aveiro. Contudo, este documento alerta para a possibilidade de um enviesamento dos seus dados, dada a ausência de serviços LGBTI fora dos centros urbanos (ILGA Portugal, 2017).

Segundo os dados deste observatório (ILGA Portugal, 2017), as práticas discriminatórias decorrem maioritariamente na via pública, escolas básicas/secundárias/de ensino superior, no contexto laboral, espaços recreativos, e em serviços públicos (e.g., de saúde, segurança, segurança social e finanças). Os insultos e ameaças, verbais/escritas ou pela via digital, correspondem aos modos mais frequentes de discriminação experienciados pelos integrantes deste estudo, com uma taxa de 55.9%. Seguem-se as situações de *bullying*, representando uma percentagem preocupante de cerca de 10.56%. Com uma proporção menor surge a discriminação no acesso a bens e serviços (6.83%) e as tentativas de agressão ou, mesmo, agressões físicas efetivas (6.83%). A discriminação no contexto laboral (e.g. contratação, progressão na carreira ou despedimento), violência sexual e a discriminação no domínio educacional e de saúde apresentam uma percentagem inferior em relação às demais, respetivamente de 6.21%, de 4.97%, 1.86% e, por fim, 2.48%. De acordo com o parecer dos respondentes, esta discriminação sustenta-se em fenómenos de homofobia e transfobia (ILGA Portugal, 2017). Por comparação com a população lésbica e *gay*, os indivíduos trans são alvos mais frequentes de discriminação e estão mais propensos a crimes de ódio e de violência, do que as lésbicas e *gays* (Kuehnle e Sullivan, 2001 in Downing, 2012).

Quanto ao impacto subjacente a tal marginalização, verificou-se que o domínio psicológico foi predominantemente afetado, espelhando sintomas depressivos e tentativas de suicídio pós-discriminação. As vítimas reportaram também consequências sociais, como dificuldades no estabelecimento de amizades e barreiras no ingresso no mundo laboral e progressão na carreira, e impactos na saúde física (ILGA Portugal, 2017). Os dados do relatório da FRA (2014) demonstram que indivíduos trans que se sentiam discriminados, apresentavam menor satisfação com a vida e evitavam expressar o género autoidentificado. Embora os efeitos sejam sobretudo nefastos, alguns integrantes do estudo mencionaram que

tais episódios permitiram fortalecê-los/as e motivá- los/as a lutar para que outros/as não experienciassem as mesmas situações de discriminação (ILGA Portugal, 2017).

Portanto, é possível constatar um número alarmante de condutas discriminatórias dirigidas às pessoas trans, nos mais variados setores da sociedade. Tal marginalização assume influências nefastas no bem-estar, na qualidade de vida e na saúde desta população, sendo importante conhecer o enquadramento legal no contexto nacional sobre este tópico.

3. Enquadramento Legal em Portugal

Até ao ano de 2011, a legislação relativa à identidade de género, à transexualidade e ao transgenerismo era inexistente em Portugal, não existindo suportes legais que sequer reconhecessem a identidade de pessoas trans (Saleiro, 2013). Em consequência deste vazio legislativo, o ambiente vivenciado era assinalado pelo desrespeito legal pelas pessoas trans, que originava obstáculos no seu bem-estar pessoal e social. A própria incompatibilidade entre o género identificado e o sexo anatómico levava a que fossem experienciados problemas suplementares, relacionados com a divergência entre a sua identificação legal (nome e sexo de nascença) e a sua identidade de género (ISCTE, 2016). Este obstáculo limitava a expressão de identidade do indivíduo em procedimentos significativos em sociedade, nos quais era exigida uma identificação legal (ISCTE, 2016). A própria FRA, em 2014, destacou que a ausência de documentos de identificação legal condizentes com a identidade de género, de um modo geral, promovia a discriminação.

Contudo, a partir de meados da década de 1980, os indivíduos trans conseguiram alcançar a alteração do sexo pela via legal, embora apenas o podendo fazer caso fosse realizada uma transição física (Saleiro, 2013). Para obterem o reconhecimento de género legal, necessitavam de sujeitar-se a intervenções cirúrgicas, de alteração sexual, e/ou tratamentos hormonais (ISCTE, 2016). Além disso, a legislação vigente impunha que, para que os indivíduos pudessem aceder à sua reatribuição de sexo, teriam de se submeter à esterilização, com óbvias repercussões em projetos parentais futuros, o que representava um atentado aos direitos humanos (ILGA Portugal, 2008).

A Lei n.º 7/2011 de 15 de março veio principiar uma oficialização legal do reconhecimento da identidade género, regulamentando a oportunidade de mudança de sexo no registo civil e respetiva alteração do nome (ISCTE, 2016). Apenas os indivíduos diagnosticados com perturbação de identidade de género, com nacionalidade portuguesa,

com idade superior aos 18 anos e sem qualquer distúrbio psíquico, podiam recorrer ao reconhecimento da identidade de género (ISCTE, 2016; Saleiro, 2013). Os requisitos obrigatórios de submetimento a procedimentos de esterilização e cirurgia de redesignação sexual e tratamentos hormonais, para viabilizar o requerimento de alteração de sexo e nome próprio, foram suprimidos através deste Decreto-lei (Saleiro, 2013).

Todos/as os/as cidadãos/cidadãs que usufruíram desta alteração puderam socorrer-se dos seus direitos e foram referidos segundo o nome e sexo após a modificação do registo para qualquer efeito legal. De acordo com o estudo realizado pelo Instituto Universitário de Lisboa, pela ILGA Portugal e pela *The Norwegian LGBT Association* (LLH), as pessoas trans que participaram apontam resultados positivos subjacentes à implementação deste Decreto-Lei. Tais resultados referem-se não apenas à sua inclusão social, como também ao seu bem-estar físico e psicológico (ISCTE, 2016). Porém, algumas limitações também foram associadas a esta lei, nomeadamente ao nível do requisito de diagnóstico clínico de perturbação da identidade de género e a consequente sobreposição entre o processo legal e o processo clínico. A Lei n.º 7/2011 atribuiu aos profissionais de saúde a responsabilidade pela determinação de reconhecimento legal de género, sem definir criteriosamente quais profissionais (entre os médicos/as e psicólogos/as) estariam habilitados a realizar o relatório de comprovação do diagnóstico de perturbação de identidade de género. Assim, foi posteriormente elaborada uma lista de profissionais que poderiam assinar estes relatórios, na qual estavam incluídos clínicos da área da transexualidade e fora dela. Esta lista limitou o número de profissionais aptos a assinar tais relatórios e condicionou o acesso a qualquer pessoa que pretenda obter o reconhecimento legal de género. Nesse sentido, metade dos/as participantes deste estudo apoiaram o princípio da autodeterminação no processo legal de reconhecimento de género. Esta lei não possibilitava também o reconhecimento legal a indivíduos cuja identidade de género não integrava o binário de género (ISCTE, 2016).

Mais recentemente, a Lei n.º 38/2018 postulou o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e o direito à proteção das características sexuais de cada pessoa. Tal reconhecimento jurídico torna-se possível pelos procedimentos de mudança de menção de sexo e alteração do nome próprio no registo civil, após a realização de um requerimento legal, tendo por base unicamente a autodeterminação do indivíduo. As pessoas cuja identidade de género não é compatível com o sexo de nascença, portuguesas, com mais de 18 anos e sem qualquer irregularidade psíquica estão aptas a solicitar este procedimento. Esta lei vem ainda amplificar o direito de alteração de nome e género nos documentos legais a indivíduos com mais de 16 anos, sendo concretizado por via dos seus

representantes legais, requerendo, contudo, um relatório médico ou psicológico que ateste a vontade informada do requerente (Lei n.º 38/2018).

As pessoas transexuais foram desprovidas durante vários anos de proteção dos seus direitos pela via legal, contudo tem-se verificado uma evolução satisfatória, embora morosa e ainda insuficiente. Estas alterações legislativas são condição necessária, mas ainda não plenamente suficiente para garantir a igualdade de oportunidades em projetos de vida que podem assumir particular importância como é o caso do acesso à parentalidade.

4. Intenções Parentais das Pessoas Trans

As pessoas trans, durante vários anos, foram afastadas da noção de intencionalidade parental, sendo esta encarada mesmo como um mito quando relacionada a tal população (Nixon, 2013). Tal como a comunidade LGB, também os indivíduos trans têm vindo a presenciar desafios acrescidos no planeamento familiar (Downing, 2012). Ainda que em crescimento, a parentalidade trans continua a ser um assunto pendente, devido à especulação de que a identidade trans e o processo de redesignação sexual prenuncia automaticamente a ausência de intenções parentais nesta comunidade (Riggs, Power & von Doussa, 2016).

Muitos dos estudos realizados no âmbito da transexualidade refutam esta perspetiva, clarificando que a parentalidade não é uma área necessariamente excluída para os indivíduos trans (von Doussa., 2019). O estudo de Riggs et. al. (2016), com uma amostra de pessoas transgénero e com diversidade de género, demonstrou que a maioria dos participantes assumia como parte importante dos seus projetos para o futuro tornar-se pai ou mãe. Numa revisão de 51 estudos da Europa e da América do Norte (Stotzer, Herman, & Hasenbush, 2014), apurou-se uma percentagem inferior de indivíduos com identidade trans que eram pais comparativamente à população geral dos EUA. Ainda assim, tratava-se de uma percentagem elevada: entre 25% e 50% (Hale, 2002 in Stotzer, Herman & Hasenbush, 2014). De Sutter, Kira, Verschoor, e Hotimsky (2002) verificou que 40% de 73 mulheres trans tencionavam ter filhos. Também Wierckx et al. (2012) encontraram uma percentagem de 54% homens transexuais com o desejo de se tornarem pais, na sua amostra.

Com base nas evidências empíricas acumuladas, diversas sociedades médicas e científicas ressaltam que as pessoas trans possuem desejos parentais semelhantes às pessoas não trans (American Society for Reproductive Medicine, 2015). Torna-se, por conseguinte, importante conhecer quais as vias e barreiras à parentalidade nas pessoas trans.

5. Vias e Barreiras à Parentalidade em Pessoas Trans

Apesar das eventuais limitações posteriores aos tratamentos e cirurgias de reatribuição de género, ainda subsiste algum leque de escolhas em aberto para a parentalidade trans (Tornello & Bos, 2017). Entre as opções possíveis destacam-se o método biológico tradicional, através da relação sexual (quando existe manutenção da capacidade reprodutiva), gestação de substituição (ou maternidade de substituição), adoção, famílias de acolhimento, uso de um dador de esperma, (Tornello, & Bos, 2017), uso de um dador de ovócitos e ainda a conceção de uma criança pelo(a) parceiro(a), quando este existe (Wierckx et. al., 2012). Refira-se que, em Portugal, de acordo com a Lei n.º 58/2017, a gestação de substituição apenas pode ser uma possibilidade em situações de ausência, lesão ou doença do útero, que impossibilite o progresso da gravidez (Decreto-Lei n.º 58/2017).

Um estudo realizado por Tornello e Bos (2017), com 32 indivíduos transgénero, sem filhos e com aspiração de se tornarem pais no futuro, sugeriu que o método tradicional, através da relação sexual, e a adoção, eram os meios privilegiados pelos participantes, quando questionados sobre a via que optariam para alcançar a parentalidade. Foram encontradas diferenças nas opções consoante o género dos participantes, demonstrando que, por um lado, as mulheres transgénero objetivavam mais frequentemente alcançar a parentalidade pela via da adoção (75%) e, por outro, que os homens transgénero procuravam concretizá-la por via de relações sexuais tradicionais (58,3%) (Tornello & Bos, 2017).

O desenvolvimento de uma relação biológica com os filhos e o assegurar da descendência biológica representava um dos desejos frequentemente mais apontados pelos participantes, sobretudo homens, que pretendiam tornar-se pais através de relações sexuais ou por inseminação artificial. Por outro lado, os indivíduos, especialmente mulheres, que ambicionavam tornar-se pais por via da adoção ou de sistemas de acolhimento temporário direcionavam as suas justificativas para o desejo de contribuir com um lar caloroso para com crianças desprovidas de cuidados (Tornello & Bos, 2017).

Tal como referenciado anteriormente, são várias as barreiras que intercetam a intencionalidade parental dos indivíduos trans. Estas debruçam-se sobre quatro domínios essenciais (Tornello & Bos, 2017). Numa primeira instância, assumir o estatuto de trans, por si só, representa o impedimento primordial à parentalidade, já que está associado a um contexto profundamente estigmatizado. A discriminação contra pessoas trans é recorrente, dependendo a sua intensidade da integração de outros fatores contextuais, como a raça, a classe social e o meio de residência dos indivíduos (Downing, 2012). No contexto da

parentalidade, a transfobia é um fenómeno ainda mais impactante, já que a comparação com a tipologia familiar cisheteronormativa impulsiona a desconfiança sobre as competências dos indivíduos trans no desempenho da parentalidade, facilitando a ausência da sua desejabilidade parental. Assim, fenómenos de transfobia e marginalização acabam por influenciar a intenção parental destes indivíduos (Riggs et. al., 2016).

A intenção parental dos indivíduos trans pode ser moldada pela antecipação destes fenómenos discriminatórios, principalmente quando dirigidos aos seus futuros filhos. As crianças podem experimentar preconceito, resultante da identidade de género dos pais, que obviamente tem repercussões ao nível da saúde mental quer da pessoa trans, quer dos que o rodeiam (e.g., o/a companheiro/a e/ou a criança) (Short, 2007; in Downing, 2012). Contudo, Downing (2012) atenta que o enfrentamento positivo de tais fenómenos pela criança decorre do quão visível é a identidade trans do pai ou mãe, do tipo de relacionamento que mantém com estes e da presença em ambientes afirmativos LGBTQ.

Um dos exemplos prementes nesta primeira barreira relaciona-se com a discriminação pela família de origem em relação às pessoas trans. De acordo com von Doussa (2019), indivíduos transexuais que experienciam mais discriminação pelos familiares sentiam-se menos apoiados enquanto futuros pais, desconsiderando mais facilmente a possibilidade de ter filhos. Inversamente, os que se sentiam mais apoiados pela família ponderavam a hipótese de ter filhos de forma mais recorrente. Também os resultados de Riggs et. al. (2016) apoiam esta premissa, demonstrando que enquanto o apoio familiar se correlacionava positivamente com a intencionalidade parental, a discriminação por parte da família correlaciona-se negativamente com a ambição de se tornar pai ou mãe. Fiona Tasker (2018), no *9th European Society on Family Relations* (ESFR), partilha alguns resultados preliminares de um estudo qualitativo com pessoas trans e género diverso, indicando que o apoio da família revela-se significativo na decisão de ter filhos, sobretudo aquando da ausência de parceiro.

Maguen, Shipherd, Harris e Welch (2007, in Downing, 2012) apontam que, em consequência do processo de discriminação experienciado pelos indivíduos trans, no seio das suas famílias de origem, muitos/as destes/as acabam por conceber novas redes de apoio que aceitam a sua identidade de género e que ultrapassam os laços biológicos de parentesco. Tasker (2018) salienta, de igual modo, que o apoio para a parentalidade pode surgir de uma multiplicidade de formas de família. Ainda assim, Ryan (2009 in Downing, 2012) alerta que o desenvolvimento destas “famílias de escolha” pode não surgir de modo tão descomplicado quanto o expectável, já que a discriminação e o estigma vocacionado para indivíduos trans

assim o impede. O fenómeno do preconceito e discriminação pode, deste modo, surgir, inclusive, no seio da comunidade LGBT (Ryan, 2009 in Downing, 2012).

Uma segunda barreira à parentalidade trans compete às questões jurídicas. Considerando o exemplo da adoção: embora não exista uma proibição efetiva de adoção por indivíduos transexuais, a proteção desse direito não é reforçada legalmente (American Fertility Association, 2009; in Stotzer, Herman, & Hasenbush, 2014). Em Portugal, a adoção por casais do mesmo sexo tornou-se possível desde 2016 (Lei n.º 2/2016). Nos casos em que a adoção é a opção escolhida, são vários os indivíduos que veem o processo ser condicionado por atitudes discriminatórias dos serviços de adoção (Tornello e Bos, 2017). Atualmente, em Portugal, foi incluída nas leis anti-discriminação, no âmbito da alteração do artigo 240.º do Decreto-Lei nº 48/95, a categoria de identidade de género, que pune quem provocar atos de violência, difamar e ameaçar indivíduos pela sua identidade de género (DRE, 2018).

Importa realçar terceiramente o peso das questões económicas, reduzindo o leque de escolhas à parentalidade, com base nas possibilidades financeiras dos indivíduos. Os custos excessivos, por exemplo, da gestação de substituição, representam métodos irrealistas para indivíduos de classe económica limitada, levando-os a desconsiderar automaticamente essa hipótese (Tornello & Bos, 2017). Os participantes do estudo de Tornello e Bos (2017) referiram que o método menos dispendioso para se tornarem pais era a relação sexual, contudo este é um meio a que muitos trans não conseguem aceder, devido ao desempenho prejudicado do sistema reprodutor após os tratamentos hormonais (Tornello & Bos, 2017).

Como veremos posteriormente, para existir uma ligação genética entre o indivíduo trans e o/a futuro/a filho/a, a preservação da fertilidade previamente à transição é aconselhada. Contudo, este procedimento representa um encargo financeiro excessivamente elevado, podendo não se encontrar ao alcance de todos os indivíduos interessados na sua utilização. Tais despesas acrescidas ao custo do processo de transição podem levar ao abandono da opção da preservação da fertilidade (De Sutter et. al., 2002).

Neste âmbito, uma última barreira diz respeito à perda da capacidade reprodutiva. Tornar-se transsexual acarreta limitações no desempenho do sistema físico reprodutor, que, consequentemente prejudica a consecução da parentalidade por via do método tradicional, método pelo qual uma grande parte dos indivíduos transexuais, sobretudo homens, parece privilegiar (Tornello & Bos, 2017). De forma a alcançar a congruência entre a identidade de género e o sexo correspondente, os indivíduos com tal intenção submetem-se a um conjunto de tratamentos hormonais e respetiva cirurgia de redesignação sexual. Porém, embora tal transformação satisfaça as necessidades de alteração do sexo e afirmação do género, devido

à remoção dos órgãos reprodutivos de nascença, pode, contudo, prejudicar o funcionamento reprodutivo destes sujeitos e levar a uma infertilidade irreversível (Wierckx et. al., 2012).

Retomando o estudo de Tornello e Bos (2017), a infertilidade era apontada por 16% dos participantes como uma condição importante na tomada de decisão quanto à parentalidade, uma vez que a impossibilitaria por via de alguns métodos. Para prevenir este entrave após a mudança de sexo, o encorajamento à preservação de células sexuais previamente à transição é uma prática aconselhada pela *Endocrine Society* e pela *World Professional Association for Transgender Health* (De Sutter, 2001).

De Sutter et. al. (2002) realizaram um estudo com 121 mulheres transexuais, no qual questionavam a sua opinião sobre a opção da preservação do esperma previamente ao início do tratamento. Uma grande percentagem defendeu que essa hipótese deveria ser abordada e providenciada pelos profissionais de saúde. Um número significativo acrescentou que consideraria essa opção, caso lhe tivesse sido facultada essa informação (De Sutter et. al., 2002). Muitos indivíduos que deram continuidade ao tratamento hormonal e procederam à cirurgia de transição de género, sem anteriormente realizarem qualquer método de preservação de fertilidade, lamentaram a impossibilidade de gerar filhos pela via biológica (De Sutter et. al., 2002). Assume, por este motivo, particular relevância dar a conhecer as opções de preservação de fertilidade que estão disponíveis para as pessoas trans.

6. Opções de Preservação de Fertilidade para Pessoas Trans

Por preservação de fertilidade entende-se o conjunto de intervenções médicas que possibilitam o adiamento da gravidez, quer por homens, quer por mulheres (Holley & Pasch, 2015). Pessoas transsexuais com intenções de alcançar a parentalidade por meio do método biológico dispõem das seguintes opções de preservação de fertilidade: para os homens transexuais, que apresentam genitália feminina à nascença, as opções pós pubertárias relacionam-se com a criopreservação de ovócitos e com a criopreservação de embriões (através dos gametas do doador ou do parceiro); já as opções pré pubertárias remetem para a criopreservação de tecido do ovário ou do ovário total. Por sua vez, para as mulheres transexuais, com genitália masculina à nascença, as hipóteses de criopreservação de esperma e de criopreservação de embriões (através de gametas da parceira ou da dadora) enquadram-se nas opções pós pubertárias; já a criopreservação do tecido testicular (em fase de estudos ainda experimentais), faz parte das possibilidades pré pubertárias (Mitu, 2016).

Importa salientar que as transições FtM e MtF ocasionam consequências distintas no que toca à infertilidade. As próprias escolhas reprodutivas acabam por se diferenciar, considerando o processo de transição escolhido pela pessoa (Mitu, 2016). Constatam-se desafios acrescidos no que toca à preservação do potencial reprodutivo em indivíduos que fazem a transição FtM, devido à maior complexidade no processo de recolher e congelar os ovócitos. Este procedimento implica um crescimento do ovócito e a ovulação, o que requer tratamentos hormonais e recolha dos óvulos através de métodos invasivos. Todo este processo exige um período prolongado, perdurando por um ou mais ciclos menstruais e não significando com todas as certezas que o resultado seja eficaz (Mitu, 2016).

Em razão disso, o domínio emocional acaba por ser uma das áreas afetadas, devido ao contacto permanente com a absorção de hormonas femininas que vem contrariar a intenção de mudança e impor a recordação da feminilidade, reforçando a disforia de género (Mitu, 2016). Contudo, interromper a indução de testosterona em pouco tempo pode facilitar a recuperação dos ovários e a libertação dos óvulos. O sucesso do processo poderá estar associado à idade do indivíduo e/ou à duração da terapia hormonal com testosterona (Coleman, et. al., 2011). Muitos indivíduos consideram a gravidez indesejável, devido a esta necessidade de interromper/adiar o processo de transição de género (Tornello & Bos, 2017), priorizando a transição face às preocupações com a fertilidade (Wierckx et. al., 2012).

O estudo de Ellis, Wojnar e Pettinato (2014) concluiu que os principais desafios a nível psicológico encontrados por um grupo de oito indivíduos transgénero FtM, que levaram a cabo o processo de gravidez, prendiam-se com a divergência existente entre a identificação com o género masculino e as convenções sociais femininas associadas à gravidez, sentindo-se a vivenciar um processo de “navegação” entre os dois géneros. Em consequência, estes indivíduos referem ter vivenciado solidão e um intenso conflito baseado na tentativa de regular as perceções da sociedade e de externalizar os seus sentimentos (Ellis, Wojnar & Pettinato, 2014). Dos relatos médicos presentes no estudo de Payne e Erbenius (2018), surge a preocupação centrada nos efeitos prejudiciais da preservação da fertilidade na disforia de género, já que este processo requer o envolvimento de órgãos reprodutivos com os quais a pessoa trans não se autoidentifica. Os autores realçam a importância da compreensão dos médicos em relação a este aspeto, já que o indivíduo pode necessitar de tempo para se sentir emocionalmente preparado para a iniciação desse procedimento (Payne & Erbenius, 2018).

A transição FtM acarreta ainda desafios relacionados com a ausência do útero, decorrente da histerectomia, impossibilitando a realização da gravidez. Contudo, mesmo

peessoas que após a transição mantinham o útero, mostravam-se resistentes a usar tal apoio para se tornarem pais, possivelmente devido a uma relação com a feminilidade (Mitu, 2016).

Caso seja concretizada a criopreservação do tecido ovariano ou dos ovócitos em homens transexuais previamente à sua transição, pode ser ponderada a hipótese de fertilização *in vitro* cruzada, na possibilidade destes integrarem um casal de sexo diferente. Em casais do mesmo sexo, em que um elemento é transexual, a opção, caso ocorra criopreservação dos ovócitos ou do tecido dos ovários por parte do indivíduo, é a fertilização *in vitro* por via de gametas de ambos os pais, com auxílio de uma gestante de substituição (Condat et al., 2018).

De Sutter (2001) sustenta que a criopreservação dos tecidos ovarianos pode ser mais benéfica comparativamente às restantes opções de criopreservação para homens transexuais, visto que esta não implica um processo invasivo de estimulação folicular. Além disso, acrescenta que a criopreservação dos tecidos ovarianos pode ser efetuada no âmbito da remoção cirúrgica dos ovários (ooforectomia) (De Sutter, 2001).

No caso dos indivíduos que realizaram a transição MtF, a recolha de espermatozoides implica um processo mais simples e de menor duração, o que tende a conferir uma menor dificuldade ao procedimento da preservação da fertilidade. A nível emocional, a necessidade de ejaculação pode não provocar consequências tão dolorosas como a menstruação na identidade de género, devido possivelmente aos valores culturais que enaltecem mais facilmente a ejaculação masculina e encaram a menstruação como algo a não abordar (Mitu, 2016). Ainda assim, várias mulheres transexuais admitiram que lhes seria custoso masturbarem-se num laboratório de um hospital. Além disso, a conexão com o sexo masculino continua a manter-se, o que pode gerar um grande desconforto (Wierckx et. al., 2012). De Sutter et al. (2002) concluiu que um terço da sua amostra associava a preservação do esperma a uma incapacidade de encerrar a seu passado.

Note-se que indivíduos transexuais possuem a possibilidade de interromper o tratamento hormonal durante um dado período de tempo para que as hormonas se restabeleçam, assegurando a formação de gametas maduros, na condição de não terem realizado uma cirurgia completa de transição de sexo (Payer, Meyer & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001 in Coleman et. al, 2011). Um exemplo remete para o estudo de Payer et. al, de 1979, no qual foram examinados testículos sujeitos a elevadas quantidades de estrogénio. O investigador concluiu que a suspensão da indução de estrogénio levou a uma recuperação testicular (Coleman et. al, 2011).

Acrescenta-se, ainda, a importância do fator orientação sexual na ponderação da utilização do esperma criopreservado no futuro, dado que o panorama é mais favorecido para

mulheres transexuais cuja parceira é uma mulher. Nestas situações pode-se alcançar a parentalidade através de procriação medicamente assistida, isto é, a fertilização *in-vitro*, injeção intracitoplasmática de espermatozoides ou inseminação intra-uterina, caso o espermatozoide esteja em condições adequadas. Contudo, se o parceiro for do sexo masculino, é necessário recorrer à doação de óvulos ou à gestação de substituição (Wierckx et. al., 2012).

Comparando os indivíduos FtM com os MtF, verifica-se que as pessoas FtM conseguem manter a sua função reprodutiva por mais tempo após o início do tratamento hormonal. (Mitu, 2016). É de notar que em situações em que o processo de transição de sexo é realizado em adolescentes pré-pubertários ou pubertários, a aplicação de hormonas de transição de sexo (“*cross-sex hormones*”) levará a um comprometimento total da sua função reprodutiva, não existindo técnicas que possam suprimir esse efeito (Coleman et. al., 2011).

O aprovisionamento dos serviços de fertilidade a pessoas transexuais e a disponibilização de técnicas de procriação medicamente assistida não está disponível em diversos países. Um exemplo é o caso da França (Condat et. al, 2018). Hangan et. al. (2016) proclama que em muitos países da Europa, as políticas relativas às técnicas de procriação medicamente assistida são deveras limitativas, uma vez que circunscrevem o seu acesso de acordo com categorias específicas, nomeadamente o estado civil do casal (casamento), o género dos dois parceiros (distinto), impedindo inclusive o recurso por indivíduos transexuais (Hangan et. al., 2016). Ainda assim, são vários os países que ainda não apresentam nenhuma lei quanto a esta temática. Até ao ano de 2016, 24 dos estados membros da União Europeia apresentam uma legislação específica quanto à utilização destas técnicas (Hangan et. a., 2016).

Em Portugal, até ao mesmo ano, a Lei n.º 32/2006 de 26 de Julho, anunciava que apenas podiam recorrer aos serviços de procriação medicamente assistida

[...] as pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos conjugues há pelo menos dois anos [...] As técnicas só podem ser utilizadas em benefício de quem tenha, pelo menos, 18 anos de idade e não se encontre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica. (Decreto-Lei n.º 32/2006).

Com o Decreto Regulamentar n.º 6/2016, os beneficiários destas técnicas alargaram-se a todos os casais de sexo diferente ou de mulheres, e a todas as mulheres, independentemente do seu estado civil, orientação sexual e diagnóstico de infertilidade (Decreto Regulamentar n.º 6/2016). Recentemente, a Lei n.º 32/2006, foi alvo de uma quarta alteração, atualizada pela Lei n.º 58/2017, na qual se mantêm os mesmos beneficiários da Lei n.º 6/2016.

Um exemplo da disponibilização destes serviços em Portugal remete para a Consulta de Preservação de Fertilidade, providenciada pelo Serviço de Medicina de Reprodução em articulação com a Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual (URGUS), do Centro Hospital e Universitário de Coimbra (CHUC). Esta é uma consulta multidisciplinar e pressupõe o aconselhamento e apoio à tomada de decisão em homens e mulheres transgénero (Ramos, Lopes, Sousa. & Santos, 2019). Ramos et. al. (2019) no âmbito de uma apresentação no 7º Congresso Português de Medicina de Reprodução, revelam que entre 2018 e maio de 2019, 7 mulheres trans e 15 homens trans recorreram a esta consulta.

Sinteticamente, a preservação da fertilidade é um procedimento aconselhado para quem objetiva ter filhos biológicos no futuro, contemplando uma série de opções consoante a transição FtM ou MtF, ainda que se apresente muito restrito em alguns países. Contudo, as suas implicações (especialmente intensas em indivíduos FtM) relacionadas com o aumento da disforia de género e o adiamento da transição de género surgem como potenciais inibidores à sua execução. Ainda assim, Tasker (2018) com base na apresentação dos resultados da sua análise temática, sustenta que independentemente de *à posteriori* se vier a gerar ou não um bebé, a oportunidade de preservar a fertilidade pode ser útil no futuro. Neste processo, os profissionais do serviço de saúde desempenham um papel fundamental.

7. Serviço de Saúde: Prática dos Profissionais

Embora as opções para proceder à preservação da fertilidade sejam exequíveis, muitas vezes, a sua concretização acaba por não ser iniciada devido à falta de informação sobre tais possibilidades (Condat et. al., 2018). Uma investigação realizada por Light et. al. (2014 in Payne & Ebenius, 2018), debruçada sobre as experiências de homens trans que tinham engravidado após a transição de género, concluiu que a população do seu estudo desejava um melhor esclarecimento sobre as opções de preservação de fertilidade. Um estudo de Chen, Simons, Johnson, Lockart e Finlayson (2017, in Mattawanon, Spencer, Schirmer & Tangpricha, 2018) descreve uma percentagem de 12.4% discussões formais sobre fertilidade relatada por uma amostra de adolescentes trans. Wakefield, Boguszewski, Cheney e Taylor (2018; in Mattawanon et. al., 2018) relatam um panorama claramente mais favorável, documentando uma percentagem de 75% de discussões sobre preservação de fertilidade previamente ao processo de transição, numa população de 52 adolescentes.

Neste sentido, Tornello e Bos (2017) ressaltam a importância dos/das profissionais de saúde mental informarem os indivíduos trans sobre as consequências do procedimento médico de transição de género e as vias que podem usufruir para a parentalidade, incluindo entre elas as possibilidades de preservação da fertilidade. A própria *Endocrine Society* e a WPATH reiteram a necessidade de informar sobre a preservação da fertilidade, reforçando que tal diálogo deve surgir previamente à transição, mesmo em situações nas quais os pacientes não demonstrem interesse sobre o assunto (Tornello e Bos, 2017). Além disso, deve ser esclarecida a dificuldade em encontrar estes métodos em diversos locais, bem como os seus custos financeiros (Coleman et. al, 2011). Assim, os profissionais de saúde devem desenvolver um acolhimento empático, esclarecedor e que suscite a reflexão por parte dos pacientes, questionando-os sobre as suas intenções parentais (von Doussa, 2019).

Apesar da maior visibilidade em alguns países do recurso à reprodução medicamente assistida em pessoas lésbicas e *gays*, alguns estudos salientam a persistência de obstáculos na prestação de serviços de fertilidade a pessoas trans (Condat et. al, 2018). Um estudo levado a cabo por James-Abra et. al. (2015), com 66 indivíduos trans e os seus/suas parceiros/as, cujo objetivo era perceber as suas experiências com os serviços de reprodução assistida, concluiu que apenas dois casais tinham identificado um contacto agradável com os técnicos de saúde. Estes relataram práticas positivas ao nível da utilização de terminologia neutra e da disponibilização de contextos seguros e acolhedores. As restantes experiências englobavam recusas dos técnicos no acesso a tratamentos, lentidão nos processos burocráticos e terminologia cis. Com base nestas informações, os autores alertaram para a baixa preparação/formação dos técnicos de saúde para trabalhar com a população trans, e sugeriram questionar aos utentes os pronomes pelos quais gostariam de ser tratados, utilizar linguagem neutra e criar um ambiente clínico trans afirmativo (James-Abra et. al., 2015).

Payne & Erbenius (2018) estudaram as conceções da parentalidade transgénero no contexto clínico, na Suécia, explorando os direitos reprodutivos e a prática dos profissionais, através de um conjunto de entrevistas a uma equipa médica. Apuraram uma morosidade na aceitação e normalização dos direitos reprodutivos da população trans no contexto das práticas hospitalares, por via de vários obstáculos, ora burocráticos e organizativos, ora de ordem individual e ética. Progressivamente, as práticas trans afirmativas orientadas para a saúde reprodutiva foram sendo alcançadas por via de um trabalho de formação centrado nas necessidades médicas e psicossociais da população trans e através de troca de conhecimento entre os técnicos de saúde. Esta mudança incluiu a utilização de pronomes adequados, bem como alterações no *design* de documentos e cartazes da unidade de fertilidade, de modo a

transmitir imagens neutras (Payne & Erbenius, 2018). O mesmo estudo levantou reflexões associadas ao tempo de espera nos hospitais relacionados com os processos de preservação de fertilidade e da própria transição de género. Um dos entrevistados afirmou que este atraso estava relacionado com a desproporção entre o aumento do número de pacientes trans e os reduzidos recursos humanos e financeiros do Hospital. Embora sendo processos diferentes, o longo período de espera para a preservação de fertilidade acaba por produzir, obviamente, um adiamento do processo de transição de género (Payne & Erbenius, 2018).

De acordo com Coleman et al. (2018), alguns profissionais de saúde parecem continuar a evidenciar preconceito em relação a pessoas trans, sobretudo ao nível da ausência de cuidados na utilização de pronomes de género, na prestação de serviços com menor qualidade e em demonstrações de desconforto: problemas da documentação clínica ou mesmo na recusa de serviços orientados para clientes trans (Condat et. al, 2018).

Em Portugal, no ano de 2017, surge o Guia Orientador da Intervenção Psicológica com Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans (LGBT), proposto pelo Grupo de Trabalho Intervenção do Psicólogo com Pessoas LGBT, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Este guia estrutura um conjunto de *guidelines*, baseadas em sugestões nacionais e internacionais, adaptadas para o contexto português, e vocacionadas para a prática do/a psicólogo/a no campo de atuação relacionado com a população LGBT (Moleiro, Raposo, Moita, Pereira, Gato, Silva, & Neves, 2017). Este guia sugere que os/as psicólogos/as devem aceitar a diversidade de identidades de género, concebendo que o género não é um termo binário. Além disso, alerta para a consciência do impacto que a formação e as atitudes dos/as psicólogos/as perante as diferentes identidades e expressões de género podem ter nas práticas psicológicas com pessoas trans e respetivas famílias. Este guia ressalva ainda que os psicólogos devem reconhecer que a marginalização interpessoal, social e institucional tem repercussões no bem-estar desta população. Recorda também que estes têm um papel ativo no [...] *desenvolvimento e [n]a otimização dos serviços e das respostas especializadas às pessoas trans, colaborando com as entidades que lhes prestam apoio psicológico, social, médico, jurídico, entre outros.* (Moleiro et. al., 2017; n.d.).

Em suma, verificam-se ainda carências significativas no que diz respeito às condutas no atendimento às pessoas trans nos serviços de saúde. Embora a tendência pareça decorrer no sentido positivo, dada a maior atenção atribuída às necessidades desta população, ainda são evidentes práticas altamente discriminatórias. Torna-se assim necessário compreender, de modo específico, as insuficiências existentes ao nível de práticas transafirmativas pelos prestadores de serviços de saúde e de que modo é que estas podem ser ultrapassadas.

Parte II - Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1. Objetivos e questões de investigação

Este estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação de pós-doutoramento mais alargado do coorientador da presente dissertação de mestrado e procura investigar as perceções de pessoas trans e não binárias relativamente à parentalidade prospetiva. Nesse âmbito, visa, por um lado, compreender os seus projetos parentais, e por outro, explorar as suas experiências no contexto de saúde, quer no diz respeito ao processo de transição de género e de redesignação sexual, quer no que confere à informação recebida sobre perda e preservação de fertilidade. Assim, levantaram-se as seguintes questões de investigação: Quais são as intenções parentais das pessoas trans e não binárias? Que métodos é que estas pessoas privilegiam para alcançar a parentalidade? Que tipo de informação lhes foi facultada sobre a perda e a preservação de fertilidade? Quais as experiências das pessoas trans e não binárias no contexto de saúde?

1.2. Procedimentos de seleção da amostra e de recolha de dados

A amostra presente nesta investigação é uma amostra de conveniência, pelo que foi realizada uma seleção dos participantes de acordo com características específicas da população de estudo. Os participantes foram recrutados por via de instâncias com proximidade à população trans, nomeadamente através do Centro Gis e do Hospital Magalhães Lemos, neste último, especialmente, por via da consulta de sexologia da responsabilidade da Dra. Zélia Figueiredo.

Realizou-se um contacto prévio com as instituições via *e-mail* (anexo 1), de modo a solicitar a colaboração na divulgação do estudo e no recrutamento dos participantes. Esclareceu-se o objetivo da investigação e as informações necessárias para a seleção da amostra. Por este meio, solicitou-se ainda a disponibilização de instalações nas instituições que viessem a colaborar no estudo, de modo a realizar as entrevistas num espaço apropriado para os participantes. Posteriormente, foi concretizada uma reunião com os responsáveis das instituições, de modo a receber o seu feedback, esclarecer eventuais dúvidas, e informar sobre o formato e os moldes nos quais o grupo de discussão focalizada se realizaria. Cada

instituição divulgou a informação ao seu público-alvo. Os indivíduos que cumpriram com os critérios de inclusão e que demonstraram o seu interesse foram integrados neste estudo.

Enquanto método de recolha de dados privilegiaram-se os grupos de discussão focalizada. Este método, de acordo com Morgan (1997), permite aceder a um conjunto de dados diretamente relacionados com o interesse do/a investigador/a, na medida em que o debate é orientado por tópicos lançados de acordo com o objetivo da investigação. Além disso, os grupos de discussão focalizada, precisamente porque são realizados em contexto grupal, permitem recolher uma panóplia de aspetos que, resultando dessa sinergia, vão além do discurso individual. De igual modo, as dinâmicas de interação discursiva entre os elementos do grupo possibilitam a presença de heterogeneidade de opiniões e partilha de experiências, levando a momentos ricos de consenso e diversidade (Morgan, 1997).

Foram realizados quatro grupos de discussão focalizada, nos dias 6 de novembro de 2018, 22 de dezembro de 2018, 12 de janeiro de 2019 e 9 de fevereiro de 2019. O primeiro momento de discussão focalizada realizou-se nas instalações do Centro Gis, em Matosinhos; o segundo e o último tiveram lugar na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP); e o terceiro foi desenvolvido no Hospital Magalhães Lemos. Em todos os locais, foram sempre garantidos o conforto e a privacidade dos participantes.

A duração média das entrevistas variou entre 40 minutos e 2 horas e teve como moderador o investigador principal, acompanhado de três co-moderadoras (duas estudantes do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e uma professora e investigadora da FPCEUP, orientadora da presente dissertação). Num momento inicial de cada entrevista, foram explicados novamente aos participantes os objetivos do estudo e o modo como o grupo de discussão focalizada iria decorrer. Foi assegurado a todos o seu anonimato, sendo-lhes pedido que escolhessem e assumissem um nome fictício. Estes nomes serão utilizados posteriormente na apresentação dos resultados, de modo a identificar os relatos, acompanhados da identidade de género, grupo de discussão focalizada a que pertence e idade. Solicitou-se, ainda, a permissão para gravar a entrevista com vista a uma posterior transcrição. Todos os indivíduos assinaram um consentimento informado, declarando ter mais de 18 anos e formalizando a sua concordância em participar na presente investigação, de forma livre e esclarecida (anexo 2). Nesta parte preliminar, os participantes foram informados de que no prazo máximo de um ano a contar da data da entrevista, receberiam um relatório, sintetizando as principais conclusões do estudo.

1.3. Amostra

De acordo com o objetivo desta investigação, constituíram-se como critérios de inclusão da amostra: identificação de género enquanto pessoa trans/não binária (NB); idade superior a 18 anos e inexistência de filhos até ao momento.

Como é possível observar na Tabela 1, a amostra foi constituída por 14 participantes, com idade média de 28.57 ($DP = 8.16$), cinco deles presentes no primeiro Grupo de Discussão Focalizada (FG1), três no segundo (FG2), quatro no terceiro (FG3) e dois no quarto (FG4). Do número total de participantes presentes no primeiro grupo, quatro identificam-se como mulheres trans (MtF) e um como homem trans (FtM). No segundo grupo, dois participantes relatam a sua identidade de género enquanto homem trans (FtM) e um dos elementos descreve-se como não-binário (NB) em termos da sua identidade de género (NB). Quanto ao terceiro grupo, somente um dos participantes se apresentou enquanto mulher trans (MtF), os restantes definiram a sua identidade como homem trans (FtM). Por fim, o último grupo encontra-se repartido simetricamente quanto à identidade de género, estando presentes um homem trans (FtM) e uma mulher trans (MtF). Apesar deste estudo ter sido divulgado para pessoas trans e NB, os contextos de divulgação estavam orientados maioritariamente para pessoas trans no âmbito dos seus procedimentos de transição e, por tal motivo, a amostra contempla unicamente uma pessoa NB. Assim, futuramente, a apresentação e discussão dos resultados nomeará, de forma generalizada, a presente amostra, enquanto população trans.

A orientação sexual heterossexual foi a predominante na amostra total ($n = 7$). Dos/as restantes participantes dois definiram-se como homossexuais, uma como lésbica, três como bissexual, e por fim, uma pessoa descreveu a sua orientação sexual como bissexual e *queer*.

Tabela 1

Caraterização da Amostra por grupo de discussão focalizada: Número de participantes, identidade de género, orientação sexual e idade

Focus Group	n	Identidade de Género			Orientação Sexual					Idade
		FtM	MtF	NB	Heterossexual	Homossexual	Lésbica	Bissexual	Bissexual e Queer	
1º FG	5	1	4		1	1		2	1	$M=31.4$; $DP=6.8$; (Faixa etária 21 -40)
2º FG	3	2		1	1	1	1			$M=31.3$; $DP=7.5$; (Faixa etária 24 -39)
3º FG	4	3	1		4					$M=21.8$; $DP=2.5$; (Faixa etária 19 - 25)
4º FG	2	1	1		1			1		$M=31$; $DP=16.97$; (Faixa etária 19 - 43)
Total	14	7	6	1	7	2	1	3	1	$M= 28.57$; $DP= 8.16$; (Faixa etária 19 - 43)

Importa destacar que no primeiro momento de discussão focalizada, um dos participantes já possuía dois filhos, não cumprindo, deste modo, os critérios de inclusão previamente definidos. Este lapso surgiu em consequência de um erro de recrutamento. Por questões éticas, o participante foi mantido, embora o seu discurso não tenha sido alvo de análise.

1.4. Instrumentos

Utilizaram-se dois instrumentos no âmbito desta investigação. Inicialmente, em cada grupo de discussão focalizada, foi entregue um questionário sociodemográfico (anexo 3), de modo a adquirir uma caracterização minuciosa da amostra, quer relativamente aos seus dados sociodemográficos, quer quanto ao seu processo de transição sexual. O questionário integrou um conjunto de questões orientadas para a idade, identidade de género, mudança de menção de sexo e nome no registo civil, procedimentos hormonais/cirúrgicos no contexto da transição, preservação de fertilidade, orientação sexual, nacionalidade, identidade racial e/ou étnica, área de residência, escolaridade, relacionamento amoroso e estatuto profissional.

O segundo instrumento utilizado diz respeito ao guião de base dos quatro momentos de discussão focalizada. Este assenta num guião de entrevista semiestruturada, elaborada com base em uma revisão teórica prévia subjacente aos objetivos definidos para esta investigação. Nesse contexto, foram levantados como tópicos de discussão, a intenção parental dos participantes e a ponderação de vias para a concretizar, antecipação de possíveis barreiras e apoios à parentalidade, explicação hipotética da identidade de género a um filho, importância de relacionamento para o exercício da parentalidade, experiência no sistema de saúde e, nesse âmbito, o contacto com informações sobre a preservação de fertilidade.

1.5. Procedimentos de análise de dados

Após cada momento de recolha de dados, as gravações foram rigorosamente transcritas e cada transcrição foi alvo de uma leitura repetida, sendo corrigidos eventuais erros de transcrição e levantadas algumas reflexões iniciais. Esta foi uma fase imprescindível na análise de dados, abrindo caminho a possíveis interpretações e construção de significados da informação recolhida, através da familiarização com os dados (Lapadat & Lindsay, 1999).

A técnica de tratamento de informação vigente nesta investigação foi a análise de conteúdo, tendo-se recorrido ao *software* NVivo (versão 12 PRO) para a sua categorização. A opção pela análise de conteúdo enquanto técnica de análise de dados fundamentou-se na sua pertinência em estudos de perceção e opinião, como é o caso desta investigação.

De acordo com a definição de Bardin (2011), a análise de conteúdo define-se como [...] *um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.* (Bardin, 2011, p.11). A análise de conteúdo, visa atribuir um sentido às caraterísticas do material de análise, socorrendo-se de procedimentos objetivos, sistemáticos e inferenciais. Isto é, pretende através do tratamento e organização da informação, chegar a uma possível interpretação dos significantes e significados (Vala, 1986).

Recorreu-se à análise temática, enquanto técnica integrante da análise de conteúdo, de modo a realizar um levantamento e análise de temas ou padrões de informação, dentro do *corpus* de dados. O recurso a esta técnica possibilita a organização e descrição da informação recolhida, através da codificação temática (Braun & Clarke, 2006).

2. Apresentação e Discussão dos Resultados

Da análise de conteúdo da informação recolhida nos quatro grupos de discussão focalizada, emergiram as seguintes categorias gerais: “Divulgação da identidade de género aos filhos”, “Experiências no serviço de saúde”, “Fatores facilitadores para a parentalidade”, “Fatores inibidores para a parentalidade”, “Importância do relacionamento para a parentalidade”, “Intenção parental” e “Vias para a parentalidade.” Neste trabalho iremos abordar somente as categorias “Intenção parental”, “Vias para a parentalidade” e “Experiências com o serviço de saúde”, uma vez que os propósitos desta investigação se orientam no sentido de compreender os projetos parentais das pessoas trans e as vias pelas quais ponderam alcançá-los aquelas que possuem tais projetos, bem como perceber de que forma é que os serviços de saúde estão a auxiliar na sua consecução (anexo 4).

2.1. Intenção parental

A presente categoria reflete as intenções prospetivas dos participantes relativamente à parentalidade e os seus argumentos para tais intenções. Esta abarca como subcategorias a “Intenção parental positiva”, a “Intenção parental negativa” e a “Intenção parental indefinida”, demonstrando um *continuum* sustentado nas aspirações dos participantes.

2.1.1. Intenção parental positiva

O desejo explícito de tornar-se pai/mãe é mencionado por metade dos participantes da amostra, repartindo-se de forma aproximadamente similar em todos os grupos: dois no FG1 (Yara, MtF, 31 e Sílvia, MtF, 33), dois no FG2 (Miguel, FtM, 31 e Joaquim, FtM, 24), um no FG3 (Daniel, FtM, 19) e dois no FG4 (Thoothless, MtF, 19 e Silva, FtM, 43), não parecendo evidentes diferenças entre os géneros. Os resultados deste estudo encontram-se em consonância com a investigação prévia no âmbito da parentalidade prospetiva trans, demonstrando uma percentagem significativa de pessoas trans a assumir o desejo de tornar-se pai/mãe no futuro, independentemente do género De Sutter, Kira, Verschoor & Hotimsky, 2002; Riggs et. al., 2016; Wierckx et al., 2012;).

Muitos destes participantes assumem que sempre possuíram este forte desejo de ter filhos (Stacey, 2006). Nesse âmbito, alegam quatro motivações principais para justificar o seu desejo de alcançar a parentalidade, dentre eles, a “Descendência/continuidade Familiar”, “Filhos como fonte de apoio”, “Graciosidade do processo de gestação” e “Realização pessoal”.

2.1.1.1. Descendência/continuidade Familiar

A “Descendência”, isto é, a possibilidade de garantir uma continuidade familiar, surge como um dos motivos apontados para o desejo de alcançar a parentalidade. Dois participantes verbalizaram *Eu quero é ter um pedaço de mim, algo, pronto, que me transcenda, que seja a minha herança, por assim dizer [...]* (Miguel, FG2, FtM, 31) e *[...] é um bocado saber que a história continua com a próxima geração [...]* (Joaquim, FG2, FtM, 24). No estudo de Tornello e Bos (2017) a descendência surge no âmbito de uma intenção de ligação biológica com os futuros filhos. No presente caso, os participantes orientam-na com base numa continuidade do padrão familiar dos seus interesses, valores e conhecimentos, tal como foi também observado, para o contexto nacional com pessoas cis, no estudo de Guedes, Carvalho, Pires e Canavarro (2011).

2.1.1.2. Realização Pessoal

Um argumento de suporte à intenção parental positiva apontado pelos participantes remete para a “Realização pessoal” e abrange um conjunto de pressupostos relacionados com a efetivação de um projeto de vida (Guedes et. al., 2011), *E depois que tu consegues ter esse complemento na tua vida, parece que tudo se encaixa, estás a ver a ideia?* (Sílvia, FG1, MtF, 33), a partilha de gostos pessoais com o/a futuro/a filho/a, *[...] também gosto muito da ideia de depois poder partilhar isso com a minha criança, de poder partilhar, não só os meus interesses, mas*

tentar ver também quais são os interesses dela (Joaquim, FG2, FtM, 24), e com a prestação de cuidados à criança *A possibilidade de poderes ter um filho [...] está associado meramente a uma coisa: o teu desejo de teres uma criança, o teu desejo de cuidar de alguém [...]* (Sílvia, FG1, MtF, 33). Esta motivação encontra-se intrinsecamente relacionada com a “Descendência”, uma vez que surge quase como consequência desta. Talvez seja por isso que ambas representam as subcategorias com maior representatividade.

2.1.1.3. Graciosidade no processo de gestação

A intenção parental positiva fundamentada no argumento “Graciosidade no processo de gestação” foi abordada somente por um participante. Esta subcategoria assume como precedente o desejo de concretizar a parentalidade pela via biológica e disfrutar do processo de gestação do feto e das respetivas alterações fisiológicas na maternidade, *Acho que é uma coisa fascinante sentir um ser a crescer dentro de nós* (Yara, FG1, MtF, 31), contudo importa alertar que esta participante fá-lo apenas no plano da fantasia, já que biologicamente um homem não pode engravidar. Esta motivação pode ser explicada no âmbito de uma tendência cultural associada ao cruzamento entre a feminilidade e a gravidez, na qual é valorizada a vocação do corpo feminino para a função gestacional (Moura & Araújo, 2004).

2.1.1.4. Filhos como fonte de apoio

Por fim, e com menos representatividade, surge a subcategoria “Filhos como fonte de apoio”, relacionada com o modo como os participantes perspetivam o papel futuro dos filhos na sua vida, identificando-os como facilitadores de emoções positivas e de maior estabilidade psicoemocional no indivíduo: *Que me espairescia a cabeça quando estava [estiver] mais perturbada psicologicamente e emocionalmente [...]* (Yara, FG1, MtF, 31). Também Bos et al., 2003; Goldberg et al., 2012; Siegenthaler & Bigner, 2000 (in Gato, Santos & Fontaine, 2016), realçam que encarar as crianças como fonte de realização e de afeto é a principal motivação para pessoas LG terem filhos.

Um aspeto surpreendente associado às motivações que levam os participantes a desejarem ser pais/mães relaciona-se com o facto de estas serem bastante semelhantes ou mesmo comuns às expressas por pessoas não trans (Miller, 1995; Van Balen & Trimbos-Kemper, 1995 in Guedes et. al., 2011).

2.1.2. Intenção parental negativa

Apenas um participante assumiu convictamente não possuir intenções de se tornar

pai/mãe no futuro, [...] *eu não quero ter filhos* [...] *Temos dois cães e dois gatos que já nos enchem a casa de muito amor, e tenho 6 sobrinhos, por isso não sinto falta de ter filhos, não sinto.* (Guilherme, FG2, NB, 39), demonstrando que a parentalidade não representa uma área importante na sua vida.

Uma justificação para esta intenção negativa relacionou-se com a ausência de condições económicas viáveis ao exercício da parentalidade e aos custos que lhe estão associados. A instabilidade profissional e financeira (Tornello e Bos, 2017), neste âmbito, é apontada como um entrave, sendo verbalizado [...] *tenho uma vida ainda muito instável em termos financeiros, não tenho um emprego estável* [...] *se eu tivesse uma estrutura financeira melhor, talvez arriscasse mais, mas está fora de questão.* (Guilherme, FG2, NB, 39). Um outro motivo indicado por este participante para não desejar ter filhos assenta na sua orientação sexual. Este salienta que a opção de ter filhos biológicos com a sua companheira foi automaticamente colocada de parte, uma vez que esta possui o mesmo sexo que o seu, o que levou a que desconsiderasse também outras possibilidades de vir a tornar-se mãe.

2.1.3. *Intenção parental indefinida*

Um considerável número de participantes mostrava uma posição incerta quanto à sua intenção parental. Apesar de no momento não integrarem a parentalidade nos seus projetos de vida atuais, deixavam a opção em aberto face ao futuro, não a negligenciando por completo: *Também não planeio, é uma coisa que fica em aberto, não faz parte dos planos.* (João, FG3, FtM, 25). Stacey (2006) ressaltou no seu estudo com uma população de homens *gays* que as suas intenções parentais poderiam ser colocadas ao longo de um *continuum*. Desse modo, entre o extremo positivo e o extremo negativo, situava-se uma posição intermédia, que representava aqueles cuja intenção parental se mantinha ambivalente, podendo ser influenciada por diversos componentes (Stacey, 2006). Algumas das influências que exercem um peso nas decisões dos participantes que se identificam com esta intenção, dizem respeito à idade (mais jovem) e à ausência de preparação no momento para ter filhos, à disponibilidade para ter em consideração a opinião dos/as atuais ou eventuais futuros/as parceiros/as e à priorização, no momento, do processo de transição.

2.1.3.1. *Influência da idade e da ausência de preparação para ter filhos*

Ao justificarem a sua indesejabilidade atual de se tornarem pais/mães neste período da sua vida, um argumento relacionava-se com a “influência da idade” nas suas perspetivas parentais atuais. Mesmo aqueles que destacam a parentalidade como uma área atualmente

valorizada, refletem que a sua jovem idade ainda não lhes permite ter as condições necessárias para cumprir com as responsabilidades que esta acarreta, *Mas também ao mesmo tempo, eu nem 20 anos tenho, acho que sou um bocado novo demais para pensar em ter uma família. Não tenho condições nem maturidade para tal coisa.* (Toothless, FG4, FtM, 19). Como é compreensível, os estratos desta subcategoria espelham o discurso de participantes enquadrados numa faixa etária relativamente jovem, nomeadamente entre os 19 e os 25 anos.

Embora os participantes antecipem diversos obstáculos na prossecução da parentalidade (integrados na categoria “Fatores Inibidores para a Parentalidade”), que obviamente surgem como desmotivadores à intenção parental, um aspeto que sustenta a sua indecisão atual, particularmente abordado por estes, é a ausência de preparação para ter filhos (logística, económica e psicoemocional). A necessidade de um investimento a tempo inteiro e a responsabilidade de acompanhar, apoiar e educar uma criança ao longo do seu desenvolvimento, são alguns dos exemplos que os participantes elevam como requisitos básicos ao desempenho da parentalidade. Uma participante salienta [...] *mas eu vejo a parentalidade como algo que acompanha para o resto da vida [...] é algo que tem de se investir [...], tem de ser algo que se tem de considerar bastante, antes de avançar para um passo desses.* (Roxanne, FG3, MtF, 21). Tasker (2018), nos seus resultados, encontrou uma subcategoria na qual os seus participantes realçavam a necessidade de estarem preparados para ter uma criança. Este não representa, à semelhança do anteriormente referido a propósito das motivações para a intenção positiva de ter filhos, um fator específico à população trans, visto que se associa à consciência de que será necessário um nível de maturidade insuficiente para o exercício da parentalidade.

As condições económicas, também mencionadas na intenção negativa, são um entrave igualmente realçado para a sua indecisão atual, uma vez que alguns participantes referem estar a vivenciar períodos de maior instabilidade económica e profissional, que não lhes permitem ter uma base financeira para sustentar uma criança. Para além disso, é realçado que os custos dos procedimentos de transição juntamente com as despesas subjacentes à criação de um filho representam gastos conjuntos impraticáveis (Tornello e Bos, 2017). Por fim, também a instabilidade psicoemocional é apontada como um fator que contribui para uma intenção parental atual indefinida, já que a única participante que a identifica considera-a como um fator imprescindível ao bom desempenho da parentalidade. Este é uma razão que pode estar subjacente às consequências emocionais da transição de género, bem como da discriminação pela qual esta população tendencialmente é apontada como alvo (ILGA Portugal, 2017).

2.1.3.2. *Influência dos/as parceiros/as*

Os relatos dos participantes viabilizaram a identificação de uma subcategoria relacionada com o modo como os desejos parentais são influenciados pelas vontades dos/as atuais ou eventuais futuros/as parceiros/as. Alguns elementos referem que, mesmo não possuindo uma intenção atual de se virem a tornar pais no futuro, essa posição poderia ser ponderada, caso o/a seu/sua companheiro/a pretendesse ter filhos [...] *mas se no futuro e com quem eu estiver, ela queira ter, posso considerar.* (Noah, FG3, FtM, 22). Pelo contrário, outros participantes demonstraram a sua preocupação perante a possibilidade do/a seu/sua parceiro/a assumir uma vontade incompatível com a sua, quer seja positiva, quer negativa, e, por esse motivo, o casal não chegar a um consenso na escolha face à parentalidade, [...] *mas se aí a minha companheira não quiser, temos uma barreira, não é?* (Miguel, FG2, FtM, 31). Stacey (2006) salienta que parceiros persuasivos podem orientar as intenções parentais dos indivíduos no sentido positivo ou negativo.

2.1.3.3. *Priorização do processo de transição*

Alguns/algumas participantes salientam que o processo de transição de género é prioritário comparativamente aos seus projetos parentais atuais. Nesse sentido, realçam que a parentalidade pode ser adiada para um momento posterior à finalização do processo de transição, tendo em conta que este é necessário para o seu bem-estar (Wierckx et. al., 2012).

2.2. **Vias para a parentalidade**

Em resposta ao questionamento sobre os modos pelos quais os participantes optariam concretizar a parentalidade, sobressaíram quatro itinerários, nomeadamente a “Adoção”, a “Inseminação artificial”, a “Gestação de substituição” e o “Método tradicional de reprodução”.

2.2.1. *Adoção*

A adoção foi a subcategoria com maior representatividade das quatro vias enunciadas, sendo realçada em todos os grupos de discussão focalizada. Os que referiram que não desejavam ter filhos, assumiram que caso surgisse essa intenção no futuro, o método utilizado seria também a adoção. Estes dados são concordantes com as escolhas dos participantes do estudo de Tornello e Bos (2017), no qual a adoção se apresentou com maior percentagem. Verificou-se, contudo, que os homens trans desta amostra escolhiam mais a

adoção do que as mulheres trans, contrariando os resultados desse estudo, no qual era demonstrada uma frequência significativamente superior de mulheres trans a eleger esta opção.

Entre as justificativas pela escolha da adoção, os/as participantes salientam a presença de exemplos positivos de casos de adoção na família, [...] *porque também tenho exemplos muito positivos de pessoas que adotaram filhos na minha vida* [...] (Joaquim, FG2, FtM, 24), bem como os próprios exemplos pessoais *Portanto, porque não ser pai de alguém que não seja biológico? Não é importante, não foi importante para mim, não será importante para a criança.* (Miguel, FG2, FtM, 31). Outra razão pela qual a adoção é privilegiada comparativamente às outras vias, relaciona-se com uma motivação altruísta, associada à possibilidade de proporcionar um lar a crianças desprovidas de um núcleo familiar: [...] *acho que há demasiadas crianças órfãs no mundo para estar a pensar noutras coisas.* (Toothless, FG4, FtM, 19). Também Tornello e Bos (2017) encontraram esta motivação na sua amostra, relacionada com a escolha da adoção e das famílias de acolhimento temporário, enquanto forma de exercer a parentalidade.

2.2.2. Inseminação artificial

Tal como Dickey, Ducheny e Ehrbar (2016) manifestam, as opções de concretização da parentalidade em pessoas trans têm vindo gradualmente a evoluir. A inseminação artificial é abordada na totalidade por quatro participantes. Um destes terá realçado anteriormente a sua ausência do desejo de ser pai, reforçando, contudo, que se hipoteticamente viesse a querer ter filhos no futuro ou se a sua companheira assim o desejasse, este optaria pela inseminação artificial (Noah, FG3, FtM). Embora a intenção de um outro participante ser tornar-se pai por via da inseminação artificial, este ressalva a dificuldade subjacente à utilização desse método em Portugal, *É uma coisa que estamos a pensar e será por inseminação artificial, o que aqui em Portugal é uma coisa muito complicada. Não há formas de o fazer sem ter que me expor, não há formas de o fazer sem que sejamos um casal efetivo* (Miguel, FG2, FtM, 31). Uma explicação possível para esta exposição poderá advir de, ao longo do processo de inseminação artificial, surgir a necessidade de serem partilhadas as circunstâncias que levaram à condição de infertilidade, e, em consequência disso, expor a sua identidade de género e os procedimentos de transição que lhe estiveram subjacentes. Mais uma vez, é necessário compreender a viabilização da inseminação artificial por pessoas trans em Portugal. Como vimos previamente, a inseminação artificial requer legalmente a condição de que os seus beneficiários estejam casados, sejam de sexos diferentes, ou ambos do sexo feminino, ou sejam mulheres individuais (Decreto-Lei n.º 58/2017), não interditando o

acesso por esta via a homens e mulheres trans, que sejam heterossexuais ou do sexo feminino e lésbicas, contudo, acaba por privar os indivíduos que se identificam com o género masculino e assumem a sua orientação sexual enquanto homossexual. Efetivamente, a legislação, no formato em que se encontra, obriga a que os homens trans homossexuais permaneçam no registo civil após a transição enquanto mulher, para poderem usufruir desta possibilidade (Decreto-Lei n.º 58/2017).

2.2.3. *Gestação de substituição*

A subcategoria “Gestação de substituição”, contrariamente à adoção, é a via com menos representatividade no campo dos métodos possíveis para a parentalidade, surgindo apenas no discurso de três participantes, potencialmente devido às limitações que lhes são apontadas. Um participante reflete a sua indecisão moral quanto à possível prossecução da gestação de substituição, *Mas, não sei, isso aí ainda tenho que decidir se quero depois tentar alguma coisa biológica, [...] se encontrasse uma barriga de aluguer, mas isso eu filosoficamente, moralmente, não sei ainda se concordo muito com essas ideias para mim.* (Joaquim, FG2, FtM, 24). Estas inquietações éticas e morais têm vindo a ser objeto ativo de controvérsia ao longo dos anos. Algumas perspetivas baseiam-se na reflexão sobre o modo como este método interfere no valor associado ao corpo humano, à maternidade e à própria dignidade humana e sobre a forma pela qual pode abalar a integridade física e moral da gestante, perspetivando-a segundo uma ótica objetual, enquanto meio para atingir um fim (Lima, 2012).

No âmbito legal, torna-se importante refletir sobre esta possibilidade em Portugal. Sendo a gestação de substituição ponderada como um meio para alcançar a parentalidade entre pessoas trans, será que a legislação portuguesa referente a esse método tem em conta esta população? A lei n.º 58/2017 decreta que apenas poderão usufruir da gestação de substituição as pessoas que se encontrem numa condição de ausência/lesão/doença do útero, impossibilitando definitivamente a gravidez da mulher, ou em “situações clínicas que o justifiquem” (Decreto-Lei n.º 58/2017). Verifica-se então que neste artigo não há referência explícita às pessoas trans, sendo formulado com base numa cisnormatividade. É possível especular que a abrangência às pessoas trans poderia surgir sob a alçada da última condição, contudo realmente este artigo pode ser sujeito a várias interpretações, não esclarecendo efetivamente se os procedimentos de redesignação sexual possam justificar o recurso à gestação de substituição.

2.2.4. *Negação do método tradicional de reprodução – relação sexual*

Todos os relatos incluídos nesta subcategoria desconsideraram o método tradicional de reprodução, como meio para alcançar a parentalidade. De uma forma geral, os/as cinco participantes que abordaram este tema, referem que a parentalidade é um fenómeno complexo que transcende e não requer obrigatoriamente a vertente biológica, tipicamente associada a este método [...] *acho que para mim a palavra pai é muito mais do que ser biológico. Acho que essa parte biológica até é a que faz menos sentido.* (Miguel, FG2, FtM, 31), assumindo que o foco central de ser pai/mãe centra-se no domínio relacional, nomeadamente na prestação de cuidados e afetos á criança. Faz sentido que, por tal motivo, a adoção se apresente como a mais frequente nas escolhas dos participantes da amostra. Estes dados diferem significativamente dos encontrados no estudo de Tornello e Bos (2017), que demonstravam uma percentagem de 25% de indivíduos trans interessados em alcançar a parentalidade através da relação sexual tradicional. Uma explicação possível remete para representações distintas dos participantes de ambos os estudos quanto à parentalidade, já que enquanto na investigação de Tornello e Bos (2017) a dimensão biológica é um aspeto valorizado, no presente estudo tal não se verifica.

Dentre os argumentos utilizados, surge apenas um fator específico à população trans. Os/as participantes salientam a influência da sua identidade de género enquanto inibidora da intenção de se tornarem pais pela via tradicional de reprodução [...] *porque eu pensava que ia acabar como um homem [...] e se eu fosse acabar como um homem provavelmente eu não ia ter biológicos de qualquer maneira, por isso eu não tenho necessidade de ter ali a barriga a crescer [...]* (Violeta, FG1, MtF, 21). A orientação sexual também é um fator considerado por um dos participantes, realçando que pelo facto de ser lésbica, a opção biológica foi de imediato excluída, visto que não poderia ter um filho por esta via com a sua parceira,

[...] a partir do momento em que me assumi como lésbica, eu pus logo de parte a ideia de ter filhos, porque eu nunca poderia ter filhos biológicos com a pessoa que eu amo [...] *Se eu tivesse nascido do sexo masculino, provavelmente já seria pai, já teria outra vida, de outra forma estruturada. Mas como nasci mulher, biologicamente não posso ter filhos com a mulher que eu amo, com a pessoa que tenho ao meu lado. Portanto, coloquei logo de parte essa ideia.* (Guilherme, FG2, NB, 39).

Para justificar o desinteresse pela via biológica, um dos participantes do estudo ergue um último fator, relacionado com a aversão ao processo fisiológico de gestação do feto e respetivo parto, especificamente em indivíduos FtM. De acordo com o anteriormente mencionado na introdução teórica, este obstáculo estaria relacionado ao modo como as alterações corporais no período da gravidez poderiam impactar de forma ainda mais

intensiva a disforia de género presente nestes indivíduos (Mitu, 2016), colocando-lhes o desafio emocional de lidar com o antagonismo entre a identidade de género masculina e a feminilidade convencionalmente associada à gravidez (Ellis Wojnar & Pettinato, 2014). Os relatos de tal participante demonstram esta relação entre a sua identidade de género e a repugnância em relação à gravidez, ressaltando dificuldades antecipadas de vivenciar este processo e as consequências psicológicas subjacentes: *Tudo, a barriga a crescer, digamos, o ter a criança a crescer, depois todo o processo do parto. Simplesmente, é algo que a mim me causa um certo nojo [...].* Toothless, FG4, FtM, 19).

2.3. Experiência com o serviço de saúde

Os temas inscritos nesta categoria remetem para dois tipos de experiências nos contextos de saúde. Uma primeira subcategoria mais específica, “Fertilidade”, relaciona-se com qualquer referência que os participantes tenham recebido pelos profissionais sobre este tema no contexto da sua transição, quer relativamente à perda da fertilidade, quer à sua preservação. A segunda diz respeito ao “Processo de transição”. Nesta são incluídas as experiências genéricas dos participantes no serviço de saúde, ao longo do processo médico de transição de género.

2.3.1. Fertilidade

2.3.1.1. Informação fornecida sobre perda da fertilidade e preservação de fertilidade

Todos os participantes que se manifestaram em relação ao tema da perda da fertilidade (seis) foram elucidados previamente à transição de género dos riscos relacionados com a privação da capacidade reprodutiva após os procedimentos cirúrgicos e hormonais de redesignação sexual. O momento no qual esta informação terá sido disponibilizada terá, contudo, variado entre os participantes. Alguns/algumas destes/as referiram que esse esclarecimento foi realizado no início do processo hormonal e apenas um realçou que foi informado previamente à histerectomia. De um modo geral, a informação foi sempre fornecida na consulta de endocrinologia e/ou psicologia, *Mas em Coimbra, principalmente, falam disso várias vezes, com a psicóloga, depois com a endocrinologista [...].* (Roxanne, FG3, MtF, 21). Ramos et al. (2019) realçam que esta divulgação é feita no âmbito de uma equipa multidisciplinar que envolve um médico ginecologista/andrologista, um embriologista e uma psicóloga. No estudo de Wakefield (2018 in Mattawanon et. al., 2018) esta discussão é realizada por endocrinologistas ou profissionais de saúde orientados para adolescentes.

A maioria dos participantes do terceiro grupo, cuja idade média rondava os 22 anos, relatou que esta informação lhes terá sido fornecida e reforçada em múltiplas ocasiões, *Quando tive consulta com a doutora X, ela falou dessa questão, de fazer terapia hormonal ia colocar-me infértil [...]. Quando fui à endocrinologista, pela primeira vez, ela explicou-me isso tudo, reforçou que ia ficar infértil. Quando fui a Coimbra à endocrinologista, ela voltou a dizer, mas sabe que está infértil?* (Roxanne, FG3, MtF, 21). O grupo que apresentava uma idade média superior aos restantes (FG1), de forma genérica, terá sido esclarecido sobre o risco de perda da fertilidade unicamente na consulta de Endocrinologia ou na consulta de Psicologia: *Só no momento da doutora X é que ela falou de esterilidade* (Lili, FG1, MtF, 21). Esta comunicação terá surgido no contexto de uma psicoeducação fornecida pelos profissionais sobre o procedimento médico da transição de género e as suas implicações futuras. Dois participantes do primeiro grupo relataram terem realizado um trabalho de pesquisa complementar, previamente ao processo de transição de sexo e género, de modo a estarem informados sobre as implicações dos procedimentos hormonais e cirúrgicos, encontrando entre elas a perda da capacidade reprodutiva.

A presente subcategoria contempla ainda as experiências dos participantes no âmbito das informações recebidas relativamente à preservação do seu potencial reprodutivo. No total, dos dez participantes que partilharam a sua experiência sobre este tema, quatro deles foram questionados pelos profissionais de saúde sobre a sua intenção de conservarem a fertilidade. Esta é uma percentagem mais significativa do que a de Chen et. al. (2017 in Mattawanon et al., 2018), sendo, contudo, inferior à de Wakefield et al. (2018 in Mattawanon et. al., 2018). Cinco participantes realçaram não terem sido questionados/as, ou sequer informados/as dessa possibilidade, contudo foram esclarecidos/as sobre o risco de perda da fertilidade. Entre estes/as, uma participante do primeiro grupo realçou mesmo *Não, nunca foi abordado, nunca foi dito. E acho que se a própria pessoa não pôr a pergunta, não tiver a curiosidade em querer saber, as entidades médicas não nos dizem* (Sílvia, FG3, MtF, 33). Por fim, um participante salientou ter recebido esta informação por via externa ao serviço de saúde, previamente ao processo de transição, dada a sua intenção em doar os seus óvulos. Também Condat et. al. (2018) salientam que estas possibilidades estão disponíveis para pessoas trans, contudo muitas das vezes estas não têm conhecimento delas, porque não surge tal divulgação por parte dos profissionais. Mitu (2016) realça que a dificuldade no acesso a este tipo de informações pode surgir com base em ideias pré-concebidas dos profissionais de saúde de que as pessoas trans são impróprias para ter filhos ou não terão essa intenção, não disponibilizando deliberadamente informações relevantes sobre a preservação de fertilidade.

Aqueles que foram abordados pelos profissionais de saúde sobre a preservação de fertilidade inseriram-se em situações distintas. Dois participantes que foram questionados sobre a sua intenção de preservar a fertilidade, pelo facto de recusarem de imediato essa opção, não obtiveram informações adicionais sobre os modos pelos quais a poderiam vir a concretizar e os locais indicados para o efeito. A um terceiro terá sido exposta essa hipótese já no decorrer do procedimento hormonal, contudo foi-lhe também informado, após a realização de alguns exames médicos, a impossibilidade de preservar o seu potencial reprodutivo, já que os seus ovários já não se encontrariam nas condições devidas. Este pode ser um potencial entrave à preservação da fertilidade quando os procedimentos hormonais já estão num nível avançado (Ramos et. al., 2019). E, finalmente, um quarto participante, cujos procedimentos cirúrgicos de transição de sexo foram realizados na Bélgica, terá sido informado previamente à cirurgia e esclarecido sobre os moldes pelos quais a preservação seria realizada.

Os/as participantes que não receberam qualquer referência à preservação da fertilidade antes/durante o processo de transição de género faziam parte maioritariamente do primeiro grupo, excetuando uma participante do quarto grupo. Analogamente à informação fornecida sobre a perda da fertilidade, também na divulgação das opções de preservação da fertilidade é notória uma diferença relevante, quando comparadas as faixas etárias entre os participantes que tiveram acesso a esta informação os que não tiveram. Mais uma vez, os participantes mais jovens foram aqueles que relataram com mais frequência terem sido esclarecidos sobre as opções para contornar a perda de fertilidade futura. Os participantes que não receberam esta informação sobre o tema possuíam entre 31 e 43 anos, contemplando ainda um caso de uma participante com idade bastante inferior (21 anos). Também Wakefield (2018 in Mattawanon et. al., 2018) relata uma percentagem significativa de 28,8% de adolescentes trans que tiveram mais que um diálogo relativo ao tema da fertilidade, podendo ser justificadas estas semelhanças, através da proximidade entre faixas etárias relativamente jovens entre o presente estudo e o de Wakefield (2018 in Mattawanon et. al., 2018).

Estas informações levantam a hipótese de que possivelmente o SNS, ao longo dos anos, pode estar a sofrer um progresso no modo como perceciona e adequa as suas práticas às pessoas trans. Apesar das faixas etárias dos dois grupos não serem muito distantes, é notório o modo como a parentalidade começa a tornar-se gradualmente reconhecida pelo serviço de saúde na vida desta população. Parece existir uma maior atenção na valorização dos direitos reprodutivos das pessoas trans, dotando-as de informações necessárias sobre os riscos subjacentes aos procedimentos médicos de redesignação sexual e possibilidades de

contornar essa situação, para que estas possam tomar decisões esclarecidas. Nesse sentido, importa refletir na possibilidade de como as mudanças legislativas e sociais, decorrentes ao longo dos últimos anos em Portugal, têm contribuído para potenciar esta evolução na abordagem à pessoa trans. Pode-se especular que a presença de leis progressivamente mais trans afirmativas e a punição de práticas discriminatórias poderão estar a movimentar os serviços de saúde no sentido da valorização dos direitos da pessoa trans.

2.3.1.2. Timing e abordagens na transmissão de informação sobre a preservação de fertilidade

A opinião foi relativamente consensual quanto à quantidade de informação disponibilizada e os modos pelos quais a preservação de fertilidade deve ser abordada. A maioria dos participantes considera que o momento adequado para que este diálogo ocorra deverá depender da ponderação do profissional sobre o estado psicológico e emocional do/a utente, isto é, deve ser adequado às especificidades de cada indivíduo. É verbalizado que *O profissional tem de ter um pouco a sensibilidade de entender como essa pessoa está para abordar determinado assunto.* (Sílvia, FG1, MtF, 33). Também Payne e Erbenius (2018) alertam para a necessidade de uma compreensão e tolerância por parte dos profissionais de saúde no momento de exploração deste tema com os seus utentes, visto exigir uma grande disponibilidade emocional para refletir sobre estas opções e realizá-las.

A frequência com que a informação sobre a perda da fertilidade e a preservação da fertilidade é transmitida é o aspeto mais debatido pelos participantes, sobretudo os do terceiro grupo, referindo que esta deveria ser realçada menos repetidamente. Embora, na generalidade, tenham considerado necessário abordar o tema no âmbito do processo de transição, ainda assim destacam que não lhe deve ser atribuído demasiado enfoque, visto que a perda da fertilidade é um assunto delicado, que acaba por abalar o próprio estado emocional da pessoa trans, contribuindo para uma acentuação da disforia de género. Ainda que a intenção de transmitir a informação seja vocacionada para auxiliar os indivíduos nas suas escolhas, é realçado que esta pode ter um efeito contraproducente, levando-os a recordar-se enquanto integrantes de um género oposto ao seu (De Sutter et. al., 2002). Estes dados vão ao encontro das preocupações de Payne e Erbenius (2018), que focam igualmente o impacto que a preservação da fertilidade pode assumir na disforia de género, pela sua necessidade de envolver os órgãos reprodutivos associados ao género biológico do indivíduo.

Uma participante salienta que, na sua opinião, a fertilidade e a possibilidade de ter filhos biológicos não é um tópico tão valorizado quanto o imaginado para esta população, quando comparado às restantes questões que envolvem a transição, destacando que:

A maioria das pessoas trans com quem eu já falei, não põem tanto em causa a questão de ter filhos biológicos no futuro, e quando começam a fazer terapia hormonal, não metem em causa se vão ficar inférteis ou não. Não é uma questão realmente importante, em comparação à dimensão das outras coisas todas. (Roxanne, FG3, MtF, 21).

Esta constatação contraria os dados do estudo de Sutter et. al. (2002) que demonstraram um arrependimento por parte daqueles que não conseguiram gerar filhos pela via biológica, por não terem preservado o seu potencial reprodutivo. Ponderamos que tal disparidade se possa manifestar devido às diferenças etárias e geracionais entre a respetiva participante e os participantes do estudo de Sutter et. al.. Além disso, importa ter em consideração o facto de ambos os estudos serem realizados em países diferentes, com um enquadramento legal e social distinto, o que inevitavelmente influencia as opiniões dos participantes. O estudo de Sutter et. al., de 2002, foi levado a cabo na Holanda, Bélgica, França e Reino Unido.

A mesma participante realça que a transmissão repetida da informação de preservação da fertilidade acaba por influenciar as decisões dos indivíduos que pretendem fazer a transição, colocando-os em dúvida sobre as suas escolhas reprodutivas,

[...] chega ao momento em que mesmo que nós não pensemos nisso como algo importante, e sabemos já que não é, acaba por nos colocar dúvida, não é? Acaba por ficarmos naquela, bem, mas se estão a falar tanto, será que há assim tanta gente que no final das contas acaba por dizer, se soubesse ... O que não há, a verdade é que não há. (Roxanne, FG3, MtF, 21).

Contudo, diferentes pontos de vista são realçados a este nível. Embora a maioria da amostra partilhe da inexistência do desejo de ter filhos pela via biológica, alguns admitem que outras pessoas trans poderão assumir essa aspiração. Assim sendo, realçam a necessidade dos/as utentes serem informados/as sobre os riscos de perda da capacidade reprodutiva, previamente à transição, bem como da possibilidade de a preservar. Tornello e Bos (2017) anteciparam esta observação, reforçando a importância dos/as profissionais de saúde informarem sobre as consequências reprodutivas da transição.

Alguns relatos sustentam que esta informação deveria ser brevemente abordada num momento isolado, contemplando apenas a ressalva da existência desta possibilidade, e no caso de os indivíduos demonstrarem interesse, explicar de forma mais detalhada o modo como esta se processa. Uma participante sugere que os profissionais devem [...] *dizer as coisas por alto de uma forma simples, se a pessoa tiver curiosidade, informa-se mais, agora estar a*

insistir no assunto, ou estar a abordar demasiado, não acho que seja um boa solução. (Toothless, FG4, FtM, 19). Nesse âmbito, alguns elementos recomendam que este assunto poderá, ou não, ser explorado de forma mais detalhada, posteriormente em terapia, dependendo se a parentalidade se traduz, ou não, numa prioridade na vida da pessoa trans.

Uma proposta distinta remete para a sugestão de introduzir este tema num conjunto de consultas destinadas a psicoeducação sobre os procedimentos hormonais e cirúrgicos, informando de forma detalhada as consequências subjacentes à transição e, nesse contexto, as possibilidades de contornar a perda de fertilidade, especificando que [...] *a própria parentalidade devia ser inserida nem que fosse em 2 ou 3 reuniões [...] a falar só contigo sobre as tuas cirurgias, o que é que tu queres fazer, o que é que tu sentes, priorizar as tuas coisas, falarmos dos riscos.* (Miguel, FG2, FtM, 31). Numa lógica semelhante, Ramos et. al. (2019) realçam a pertinência de discutir com os utentes a possibilidade de preservação de fertilidade previamente ao início da hormonoterapia, abordando o efeito nocivo que esta pode exercer na fertilidade, as possibilidades de adiamento do início ou interrupção da terapia hormonal e o impacto psicológico que lhe pode estar subjacente, e por fim, os procedimentos de preservação de fertilidade e as suas implicações.

Em síntese, a grande maioria dos participantes reconhece como importante abordar a questão da preservação da fertilidade aquando da realização de um processo de transição de sexo e género. Contudo, recomendam, sobretudo os mais novos, que essa informação seja sucinta, pontual e adequada às intenções de cada utente, bem como ao seu estado emocional.

2.3.1.3. Ponderação e/ou realização da preservação da fertilidade

Apenas um participante da amostra total concretizou algum tipo de procedimento de preservação de fertilidade (Joaquim, FG2, FtM, 24). Este foi realizado fora do contexto português, na Bélgica. A preservação terá decorrido aquando do procedimento cirúrgico de extração do útero, durante o processo de transição. Foi-lhe possibilitada gratuitamente a conservação de um dos ovários por um período de 10 anos, caso optasse por doar o segundo. Embora não fosse uma opção ponderada previamente pelo participante, este realizou tal processo antecipando a possibilidade de no futuro vir a desejar ter filhos pela via biológica.

Na maior parte dos casos, dado que os demais participantes não privilegiavam a parentalidade biológica, a preservação da fertilidade acabou por ser uma opção desvalorizada. A existência de outras vias para ter filhos foi realçada como uma razão pela qual não terão optado por preservar a fertilidade, uma vez que se sentiam confortáveis a optar por qualquer uma delas. Importa ter em conta, mais uma vez, as dificuldades

subjacentes à parentalidade pela via biológica em Portugal para pessoas trans, especialmente ao nível legislativo, que podem estar igualmente na base da desconsideração desta via. Não será por acaso que apenas um participante terá recorrido à preservação da fertilidade, e fora do país, o que parece coincidir com essa perspetiva.

Para além disso, uma vez que este processo poderia implicar o adiamento dos procedimentos cirúrgicos e hormonais de transição de género, considerados prioritários para estes indivíduos (Tornello & Bos, 2017), preservar o potencial reprodutivo parecia ser menos imprescindível do que iniciar o processo de transição: *Acho que também o importante era eu começar a minha transição, começar o mais rápido possível para que a disforia acalmasse.* (Miguel, FG1, FtM, 31). Em consonância com Wierckx et. al. (2012), os presentes dados demonstram uma priorização do processo de transição face às inquietações reprodutivas. Os dados de Ramos et. al. (2019), referentes à Consulta de Preservação de Fertilidade do CHUC, realçam que as pessoas trans que não pretendiam fazer a preservação de fertilidade, justificavam-no com base na desvalorização da parentalidade biológica e por não pretenderem adiar/interromper a hormonoterapia.

Apenas uma participante salienta que até então não terá considerado a hipótese de criopreservar a sua fertilidade, contudo realça que deixa a opção em aberto, caso no futuro o pretenda fazer [...] *não pensei fazer essa parte, pelo menos por enquanto. Futuramente, talvez.* (Sílvia, FG2, MtF, 33), visto que se encontra na fase inicial do tratamento hormonal e os seus efeitos poderão ser reversíveis no caso do tratamento hormonal ser interrompido após um determinado período de tempo. Uma vez que tal participante ainda não terá realizado a cirurgia completa de transição de género, esta possibilidade realmente pode ser considerada (Payer, Meyer & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001 in Coleman et. al, 2011).

Ramos et. al. (2019), descrevem uma população de 11 indivíduos (4 MtF e 7 FtM) que gostariam de preservar a fertilidade, num universo de 22 pessoas trans, desde o início de 2018 até maio de 2019, o que parece divergir do padrão dos dados encontrados no presente estudo. Uma possível explicação para esta dissonância pode ser atribuída ao contexto específico em que os resultados de Ramos et. al. (2019) foram recolhidos, isto é, uma consulta orientada especificamente para o aconselhamento reprodutivo, enviesando-os de forma positiva.

Visto que atualmente a Preservação da Fertilidade não é suportada pelo Estado Português, foi questionado aos participantes a sua opinião sobre tal procedimento ser financiado. As respostas foram unânimes. Todos os participantes que se manifestaram sobre

este assunto afirmaram a sua concordância com o custeamento das despesas dos métodos de preservação de fertilidade. De um modo geral, alertaram para os custos elevados destes métodos, ressaltando a necessidade destes estarem ao alcance de todos os indivíduos. É sugerido ainda que este financiamento seja alargado a todas as situações que, por diversos motivos, tenham originado algum tipo de deterioração das células sexuais, seja no contexto de uma transição de sexo ou não:

Por um lado sim, por outro acho que engloba mais, isso já é uma questão que engloba mais do que as pessoas trans só... Isso não se pergunta, por exemplo, uma pessoa, por exemplo, que tem um problema no útero, e podia preservar, para essas pessoas então também teria de ser gratuito, é uma questão que ultrapassa acho eu, que vai para além da questão trans, e que eu acho fazendo algo nesse sentido, teria de ser para toda a gente. E naturalmente, como qualquer outra pessoa, as pessoas trans também tinham esse direito. (Roxanne, FG3, MtF, 21).

Importa relembrar, mais uma vez, que o único participante que preservou o seu potencial reprodutivo realizou-o gratuitamente na Bélgica, o que poderá sugerir que a ausência de financiamento destes procedimentos em Portugal pode inibir, de algum modo, o seu usufruto por pessoas trans.

2.3.2. Processo de Transição

Apenas um dos participantes realizou o seu processo de transição fora do país (na Bélgica e Inglaterra). Este revela que na Bélgica a experiência terá sido predominantemente negativa, refletindo-se numa morosidade no processo de transição e condutas desrespeitosas por parte dos profissionais de saúde ao nível da protelação deliberada dos procedimentos cirúrgicos, da displicência face às necessidades do sujeito, da prestação de cuidados com menor qualidade (e.g., desmarcação de consultas sem aviso prévio) e do discurso preconceituoso baseado no binário de género, como é exemplo *E ela disse-me 'Eu quando entrei, vi logo que era uma mulher fisicamente por causa da maneira como se senta e tal' [...]. (Joaquim, FG2, FtM, 24).* Por tal motivo, optou por continuar o processo em Inglaterra, num hospital privado, no qual terá tido uma experiência mais rápida e com menos contrariedades pela parte dos profissionais de saúde. Uma vez que manteve posteriormente o processo em Portugal, reflete, não ter qualquer apontamento negativo a fazer ao SNS português, tendo termos de comparação outros contextos.

Os restantes indivíduos, cujo processo de transição está a ser/foi realizado integralmente em Portugal, partilham experiências diversificadas. Contudo, de um modo geral, a lentidão nos procedimentos de transição é um aspeto realçado negativamente de forma quase

unânime pelos participantes. Salientam ainda a exigência de um vasto leque de exames: *Foram muitos exames, muitas coisas que não servem para nada.* (Roxanne, FG3, MtF, 21) e um reduzido número de profissionais disponíveis na área, que inevitavelmente atrasam o processo de transição. Um dos técnicos entrevistados no estudo de Payne e Erbenius (2018) também justifica esta morosidade nos procedimentos de transição de género com base na desproporção entre o número crescente de pacientes trans e a escassez de profissionais de saúde desta área disponíveis nos hospitais.

Dois participantes realçaram, pelas suas experiências pessoais, que os técnicos e funcionários das instituições de saúde não estavam preparados, nem formados, para responder às necessidades das pessoas trans, expresso em situações como não saberem precisar a ala hospitalar em que o indivíduo ficaria internado, ou atitudes como:

Tive que fazer um raio-x nesta parte aqui. Ou seja, tive de tirar o soutien [...] a técnica disse para eu tirar tudo [...] E eu disse que não podia tirar tudo porque precisava de uma bata e tive de lhe explicar que tenho peito. [...] não precisava de lhe explicar, que não era um rapaz, a nível de corpo, por assim dizer. A formação também é um dos problemas. (Daniel, FG3, FtM, 19).

James-Abra et. al. (2015) apontam igualmente para esta limitação, destacando que os/as profissionais de saúde não estão formados adequadamente para intervir com pessoas trans. Payne e Erbenius (2018) realçam que as práticas trans afirmativas somente serão alcançadas através de uma preparação e formação dos profissionais de saúde. Para colmatar esta insuficiência, a WPATH oferece oportunidades formativas regulares com vista à prestação de cuidados de saúde de qualidade às pessoas trans (Coleman et. al., 2011).

Outro ponto negativo realçado pelos/as participantes reporta à utilização de pronomes baseados no sexo de nascimento. A utilização pelos/as profissionais de saúde de terminologia cis e de pronomes inadequados ao género autoidentificado é um aspeto igualmente realçado negativamente pelos/as participantes do estudo de James-Abra et. al. (2015). Os autores sugerem que se utilize terminologia neutra e se questione os utentes pelos pronomes que gostariam de ser tratados (James-Abra et. al., 2015). Uma experiência de uma participante revela que esta sugestão já estará a ser replicada de alguma forma, demonstrando um esforço dos/as funcionários/as dos serviços de saúde na adoção de abordagens mais neutras para com os indivíduos trans: [...] *eles perguntaram se eu queria ser chamado pelo meu nome de nascença ou por [nome escolhido atualmente], e ao verem a minha indecisão e confusão, disseram, 'ai eu depois chamo pela senha, pelo número da senha, não se preocupe'.* (Thoothless, FG4, FtM, 19).

Alguns/algumas participantes referem-se ainda a experiências de pessoas conhecidas, reportando situações em que profissionais se terão recusado a realizar cirurgias de redesignação sexual, devido aos seus valores morais e religiosos. Além disso, são descritos exemplos de práticas profissionais profundamente estereotipistas, na qual a identidade de género dos indivíduos é avaliada de acordo com as tarefas desempenhadas e ainda de situações em que a ética profissional é violada:

A mãe descobriu a psicóloga onde ele andava, pagou à psicóloga. A psicóloga nunca mais o tratou por X, tratou-o pelo nome de nascença, disse-lhe que aquilo era tudo da cabeça dele, que aquilo não existia, que aquilo era um problema que ele tinha, que tinha a ver com esquizofrenia ou assim, parecido com esquizofrenia e, portanto, que ele fosse para casa, que estivesse com os pais, que ouvisse a mãe. (Miguel, FG2, FtM, 31).

A este respeito, Fraser (2009b, in Coleman et. al., 2011) e Vasquez (2011, in Coleman et. al., 2011) alertam que os profissionais de saúde mental com licença profissional, que trabalham com pessoas trans, devem cumprir com os códigos éticos das organizações profissionais de licenciamento. Nesse sentido, incitar à vivência e expressão de um género congruente com o sexo de nascença, quando o indivíduo não se autoidentifica com tal, não é considerado atualmente ético (Coleman et. al., 2011). Estes autores sugerem mesmo que, na eventualidade de os profissionais de saúde não se sentirem preparados para trabalhar com utentes trans ou, até mesmo, experienciarem desconforto no seu atendimento, devem encaminhá-los para profissionais de saúde experientes nesse âmbito (Coleman et. al., 2011).

Com base nos elevados índices de discriminação com os quais as pessoas trans se confrontam regularmente nos serviços de saúde, as organizações profissionais introduziram nos seus registos éticos e políticos, um grupo de itens anti discriminatórios (American Society for Reproductive Medicine, 2015). Estes princípios recriminadores da discriminação são apoiados pelo Código de Ética Profissional do *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e pelo Comité ACOG sobre Cuidados de Saúde para Pessoas Transgénero, os quais ressalvam a necessidade de uma prevenção da discriminação face à identidade de género. Também associações como a *American Medical Association* (AMA) reprovam práticas discriminatórias baseadas na identidade de género, ao nível dos serviços de saúde, da educação e do espaço laboral médico, argumentando que os médicos não podem rejeitar pacientes devido à sua identidade de género (American Society for Reproductive Medicine, 2015).

Contudo, apesar das falhas apontadas, cinco participantes realçam que, de um modo geral, a experiência no SNS português tem sido globalmente positiva, referindo nunca terem

sentido qualquer tipo de discriminação ou obstrução ao seguimento do processo, tendo sido atendidos por profissionais de qualidade, o que parece demonstrar uma tendência positiva ao nível das práticas trans afirmativas. Porém, tal resultado pode ser reflexo de um enviesamento positivo, devido a uma autosseleção involuntária da amostra deste estudo. Isto é, tendo em conta que uma das vias de recrutamento da amostra foi uma consulta de sexologia num hospital, tal pode indicar que os participantes que concordaram participar neste estudo estejam satisfeitos com o SNS.

3. Conclusões

A presente dissertação procurou debruçar-se sobre as intenções parentais das pessoas trans e no modo como os serviços de saúde contribuem para a consecução de tais projetos. Metade dos/as participantes deste estudo desejavam tornar-se pais/mães no futuro, justificando-o maioritariamente com base na realização pessoal e no desejo de poderem transmitir interesses e valores pessoais aos seus filhos. Uma parcela considerável encontrava-se numa posição indefinida, demonstrando desinteresse atual face a este domínio, embora passível de ser alterado através da opinião dos/as parceiros/as ou da modificação das suas circunstâncias de vida. Apenas um participante relatou um desejo parental negativo seguro. A adoção é o método privilegiado para concretizar a parentalidade, fundamentada em exemplos de adoção positivos e motivações altruístas. Por sua vez, o método tradicional de reprodução foi a opção mais desconsiderada pelos participantes, já que acreditavam que circunscrever a parentalidade à vertente biológica revelava-se reducionista e subestimava o foco afetivo, que lhe devia ser central. As barreiras legais e financeiras, bem como a necessidade de uma interrupção/atraso do processo de transição em prol desta opção, podem implicitamente estar a contribuir também para a rejeição do método tradicional de reprodução.

Todos/as os/as participantes que se manifestaram em relação ao tema da fertilidade foram informados/as sobre as consequências reprodutivas subjacentes ao processo de transição de género. Contudo, apenas quatro foram esclarecidos/as sobre a possibilidade de preservarem o seu potencial reprodutivo. Verificou-se que os/as participantes mais jovens foram os que receberam com mais frequência essas informações, mas apenas um participante realizou a preservação de fertilidade e não o fez no contexto nacional. Os/as restantes não ponderaram fazê-lo, motivados/as pelo baixo valor atribuído à parentalidade biológica e pela

necessidade de adiamento/interrupção da transição de género imposta por tais procedimentos. De um modo geral, os/as participantes defendem a importância da discussão das possibilidades de preservação de fertilidade nos serviços de saúde, previamente ao processo de transição, porém ressaltam que essa informação deve ser adequada às intenções e ao estado emocional do utente.

São diversas as experiências relatadas pelos/as participantes nos serviços de saúde ao longo do processo de transição. Porém, a morosidade dos procedimentos, a baixa preparação/formação dos profissionais para trabalhar com pessoas trans e utilização de nomenclatura cis e pronomes inadequados são aspetos comuns às experiências negativas apontadas por estes/as, corroborando também o observado noutros estudos (James-Abra et al., 2015; Payne & Erbenius, 2018). Pelo contrário, alguns/algumas realçam nunca se terem sentido discriminados/as pelos/as profissionais de saúde, tendo recebido atendimentos de qualidade.

A presente investigação fornece informações relevantes para os/as profissionais que intervêm com pessoas trans. Primeiro, existe um número considerável de pessoas trans que desejam ter filhos no futuro, sendo por isso necessário discutir as implicações reprodutivas do processo de transição e as possibilidades de preservar a fertilidade. Segundo, o modo como essa informação é disponibilizada deve ter em conta as especificidades de cada utente. Terceiro, o atendimento de qualidade a pessoas trans requer que os/as profissionais de saúde tenham formação especializada na área e adotem práticas não discriminatórias e transafirmativas.

Este estudo deve ser interpretado tendo em conta as limitações que lhe estão subjacentes. Primeiramente, não foi realizada uma avaliação inter codificadores do material recolhido, não sendo possível averiguar o nível de concordância entre diferentes juizes relativamente ao significado da informação qualitativa. Contudo, ressalva-se que, as transcrições das entrevistas foram alvo de uma leitura repetida e analisadas de forma meticulosa. Este deve ser um ponto a ter em consideração em estudos futuros. Um outro aspeto metodológico compete ao número reduzido de pessoas NB na amostra, tendo em conta que esta investigação seria orientada para pessoas trans e NB. Tal poder-se-á justificar pelo facto da amostra ter sido recolhida através de instituições que acompanham indivíduos em procedimentos de transição de género, havendo claramente uma maior afluência de pessoas trans. Nesse sentido, investigações futuras devem contemplar uma maior percentagem de pessoas NB nas suas amostras, de forma a compreender mais detalhadamente as suas intenções parentais e as suas experiências nos serviços de saúde. Importa alertar também

para a possibilidade dos presentes dados terem sido analisados com base numa grelha de leitura influenciada por uma identidade de género cis. Por fim, é de realçar que, sendo este um estudo qualitativo com uma amostra reduzida, os seus resultados não são generalizáveis à população trans. Investigações futuras devem investir em estudos com amostras mais alargadas e mais heterogéneas, o que implicará alterações nas técnicas de recolhas de dados.

Embora este seja um estudo exploratório, importa sublinhar o seu carácter inovador e pioneiro, tendo em conta a reduzida exploração desta temática enquanto objeto de estudo no contexto português. É de frisar ainda a relevância social desta investigação, que veio contribuir para um melhor conhecimento dos interesses parentais das pessoas trans e das carências ainda vigentes relativamente aos seus direitos e cuidados recebidos ao nível da sua saúde reprodutiva, especialmente numa época em que os direitos das pessoas trans começam a ser alvo de maior debate e gradualmente mais valorizados. Por fim, e talvez o mais evidente: esta investigação vai além dos trâmites teóricos, possibilitando a transferência dos resultados aqui recolhidos para a sua aplicação prática no terreno.

Referências Bibliográficas

- American Society for Reproductive Medicine (2015). Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111-1115, Birmingham, Alabama. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.08.021
- APA - American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™)*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- APA – American Psychiatric Association (2015). *Key Terms and Concepts in Understanding Gender Diversity and Sexual Orientation Among Students*. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/lgbt/programs/safe-supportive/lgbt/key-terms.pdf>
- Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Benjamin, H. (1967). THE TRANSSEXUAL PHENOMENON. *Transactions of The New York Academy of Sciences*, 29(4 Series II), 428-430. doi: 10.1111/j.2164-0947.1967.tb02273.x
- Carman, C. (2018). Drag queen | cross-dressing. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/drag-queen>
- Carter, K. (2006). The best interest test and child custody: Why transgender should not be a factor in custody determinations. *Health Matrix: The Journal of Lawmedicine*, 16(1) 209-236.
- Chiland, C., Clouet, A., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychitrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 61(6), 365-370. doi:10.1016/j.neurenf.2013.07.001.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., & Feldman, J. et. al (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-

Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4),165–232. doi: 10.1080/15532739.2011.700873.

Condat, A., Mendes, N., Drouineaud, V., Gründler, N., Lagrange, C., Chiland, C., Wolf, J., Ansermet, F., & Cohen, D. (2018). Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child: psychological considerations and ethical issues. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 13(1). doi: 10.1186/s13010-018-0054-3.

Decreto-Lei n.º 32/2006 de 26 de julho. *Procriação Medicamente Assistida*. 1ª Série N.º 143, 5245-5250. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/539239>

Decreto-Lei n.º 7/2011 de 15 de março. *Cria o procedimento de mudança de sexo e de nome próprio no registo civil e procede à décima sétima alteração ao Código do Registo Civil*. Diário da República, 1ª série, N.º 52, 1450 – 1451. Disponível em: <http://ilga-portugal.pt/noticias/Noticias/lei72011.pdf>

Decreto-Lei n.º 2/2016 de 29 de fevereiro. *Elimina as discriminações no acesso à adoção, apadrinhamento civil e demais relações jurídicas familiares, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 7/2001, de 11 de maio, à primeira alteração à Lei n.º 9/2010, de 31 de maio, à vigésima terceira alteração ao Código do Registo Civil, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 131/95, de 6 de junho, e à primeira alteração ao Decreto -Lei n.º 121/2010, de 27 de outubro*. Diário da República, 1ª série, N.º 41. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/73740375>

Decreto-Lei n.º 58/2017 de 25 de julho. *Quarta alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (Procriação medicamente assistida)*. Diário da República, 1ª série, N.º 160, 2775-2777. Disponível em: http://www.cnpma.org.pt/Docs/Legislacao_Lei_25_2016.pdf

Decreto Regulamentar n.º 6/2016 de 29 de dezembro. Diário da República, 1ª série, N.º 249, 5126-5130. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/105643546>

Decreto Regulamentar n.º 58/2017 de 25 de julho. *Quarta alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (Procriação medicamente assistida)*. Diário da República, 1ª série, N.º 142. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/107745743>

Decreto Regulamentar n.º 38/2018 de 7 de agosto. *Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa*. Diário da República, 1ª série, N.º 151. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115933863>

- De Sutter, P. (2001). Gender reassignment and assisted reproduction. *Human Reproduction*, 16(4), 612-614. doi: 10.1093/humrep/16.4.612.
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 1-12.
- Downing, J. (2012). Transgender-Parent Families. *LGBT-Parent Families*, 105-115. doi: 10.1007/978-1-4614-4556-2_7.
- Ellis S., Wojnar, D., & Pettinato, M. (2014). Conception, Pregnancy, and Birth Experiences of Male and Gender Variant Gestational Parents: It's How We Could Have a Family. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 62-69. doi: 10.1111/jmwh.12213
- European Commission (2012). *Trans and intersex people. Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*. Disponível em: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/trans_and_intersex_people_web3_en.pdf
- Faccio, E., Bordin, E., & Cipolleta, S. (2013). Transsexual parenthood and new role assumptions. *Culture, Health & Sexuality*, 15(9), 1055-1070. doi: 10.1080/13691058.2013.806676
- Feinberg, L. (1992). *Transgender Liberation: a movement whose time has come*. New York, NY: World View Forum.
- Ferreira, J. (2005). Notas a propósito do enquadramento jurídico da transsexualidade. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Série III, 10 (6), pp. 341-343.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Being Trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights.
- Gato, J. (2014). *Homoparentalidades: Perspetivas Psicológicas*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Gato, J., Santos, S., & Fontaine, A. (2016). To Have or Not to Have Children? That Is the Question. Factors Influencing Parental Decisions Among Lesbians and Gay Men. *Sexuality Research And Social Policy*, 14(3), 310-323. doi: 10.1007/s13178-016-0268-3

- Green, R. (1978). Sexual Identity of 37 children raised by Homosexual and Transsexual Parents. *The American Journal of Psychiatry*, 135(6), 692-697.
- Guedes, M., Carvalho, P., Pires, R., & Canavarro, M. (2011). Uma abordagem qualitativa às motivações positivas e negativas para a parentalidade. *Análise Psicológica*, 4 (XXIX): 535-551.
- Hangan, T., Badiu, D., Vladareanu, R., & Tampa, M. (2016). Assisted reproductive techonoly in Europe: research, legal and ethical aspects. *Gineco, Eu*, 12(2), 67-70, doi: 10.18643/gieu.2016.67
- Hill, D. (2002) Genderism, transphobia, and gender bashing: A framework for interpreting antitransgender violence. In B. Wallace & R. Carter (Eds), *Understanding and dealing with violence: A multicultural approach* (pp. 113-136) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holley, S., & Pasch, L. (2015). Counseling lesbian, gay, bisexual and transgender patients. In S. Covington (Ed.), *Fertility Counseling: Clinical Guide and Case Studies*. Cambridge: Cambridge University Press, 180-196. doi: 10.1017/CBO9781107449398.014
- ICD-11 – Mortality and Morbity Statistics. (2018). Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
- ILGA Portugal (2008). *Transsexualidade*. Associação ILGA Portugal. Disponível em: <http://ilga-portugal.pt/noticias/Noticias/Transsexualidade-ILGA-Portugal-net.pdf>
- ILGA Portugal (2017). *A Discriminação Homofóbica e Transfóbica em Portugal*. Observatório da Discriminação em função da orientação sexual e identidade de género.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). *Guia Prático: Adoção*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/24032/N32_adocao/eda1d840-7306-49b7-a699-cbfa9d8d604c
- ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (2016). *Lei da Identidade de Género: Impacto e Desafios da Inovação Legal na Área do (Trans)Género*. Disponível em: http://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/LIG/Relatorio_Resultados_projeto_EEA.pdf
- James-Abra, S., Tarasoff, L., green, d., Epstein, R., Anderson, S., & Marvel, S. et al. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365-1374. doi: 10.1093/humrep/dev087

- Lapadat, J., & Lindsay, A. (1999). Transcription in Research and Practice: From Standardization of Technique to Interpretive Positionings. *Qualitative Inquiry*, 5(1), 64-86. doi: 10.1177/107780049900500104
- Legislação Consolidada – DRE. (2018). Obtido em: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/106490499/201703310806/73403578/element/diploma/6>
- Lima, C. (2012). A maternidade de substituição à luz dos direitos fundamentais de personalidade. *Repositório das Universidades Lusíada*. Lusíada. Direito. Lisboa, n.º 10, 237-289.
- Mattawanon, N., Spencer, J., Schirmer, D., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine And Metabolic Disorders*, 19(3), 231-242. doi: 10.1007/s11154-018-9462-3
- Mitu, K. (2016). Transgender Reproductive Choice and Fertility Preservation. *The AMA Journal of Ethic*, 18(11), 1120-1126. doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.11.pfor2-1611.
- Moleiro, C., Raposo, C., Moita, G., Pereira, H., Gato, J., Silva, M., & Neves, S. (2017). *Guia Orientador da Intervenção Psicológica Com Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans (LGBT)*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Moura, S., & Araújo, M. (2004). A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 24(1), 44-55.
- Nixon, L. (2013). The Right to (Trans) Parent: A Reproductive Justice Approach to Reproductive Rights, Fertility, and Family-Building Issues Facing Transgender People. *William & Mary Journal of Women And The Law*, 20(1).
- Nogueira, C., Oliveira, J., Almeida, M., Costa, C., Rodrigues, L., & Pereira, M. (2010). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Parliamentary Assembly (2015). *Discrimination against transgender people in Europe*. Council of Europe.
- Payne, J., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 329-343. doi: 10.1080/13648470.2018.1507485

- Pinto, N., & Moleiro, C. (2012). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *PSICOLOGIA*, 26(1), 129. doi: 10.17575/rpsicol.v26i1.266
- Platero, R. (2014). *Trans*exualidades: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Ramos, Lopes, Sousa & Santos (2019, maio). Preservação de Fertilidade em Pessoas Transgénero. Apresentada no 7º Congresso Português de Medicina da Reprodução, Porto.
- Ribas, M. (2016). *A adoção por Casais do Mesmo Sexo: Fundamentos e Implicações de uma Lei Desigual* (Dissertação de Mestrado). Escola de Direito, Universidade do Minho.
- Riggs, D., Power, J., & von Doussa, H. (2016). Parenting and Australian trans and gender diverse people: An exploratory survey. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 59-65, doi: 10.1080/15532739.2016.1149539
- Rodrigues, L. (2016). *Viagens Trans(Género) em Portugal e no Brasil: Uma Aproximação Psicológica Feminista Crítica*. (Tese de Doutoramento) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Rodrigues, B., & Paiva, M. (2009). Um Estudo sobre o Exercício da Parentalidade em Contexto Homoparental. *Vínculo – Revista do NESME*, 1(6), 1-111.
- Sá, J. (2017). *Tratamento da Disforia de Género* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Saleiro, S. (2013). *Trans Géneros: Uma abordagem sociológica da diversidade de género* (Tese de Doutoramento). Instituto Universitário de Lisboa.
- Santos, A. (2012). *Um sexo que são vários. A (im)possibilidade do intersexo enquanto categoria humana* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra.
- Stacey, J. (2006). Gay parenthood and the decline of paternity as we knew it. *Sexualities*, 9(1), 27–55. doi:10.1177/1363460706060687.
- Stotzer, R., Herman, J., & Hasenbush, A. (2014). *Transgender Parenting: A Review of existing research*. The Williams Institute.

- Tasker, F. (2018, setembro). Today's Family Maps & Tomorrow's Possibilities: Family Formations and LGBTQ Parenting. Apresentada no *9th Congress ESFR – European Society on Family Relations*. Simpósio realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Tornello, S., & Bos, H. (2017). Parenting Intentions Among Transgender Individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115-120. doi: 10.1089/lgbt.2016.0153
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Santos Silva & J. Madureira Pinto (orgs.). *Metodologia das ciências sociais* (pp.101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- von Doussa, H. Transgender men and women and parenting. *OUTSPOKENfamilies*. Research Officer, The Bouverie Centre, La Trobe University. Consultado em Janeiro de 2019 em: http://jacquitolins.com/wp-content/uploads/2015/02/research_transgender_men_and_women_and_parenting.pdf
- WHO - World Health Organization (2010). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- WHO – World Health Organization (2018). *The International Classification of Diseases 11th Revision is due by 2017*. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
- WPATH (2012). *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de género*. Disponível em: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Portuguese.pdf
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). *Sperm Freezing in Transsexual Women*. *Arch Sex Behav* (2012) 41:1069–1071. doi: 10.1007/s10508-012-0012-x.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27, 483-487.

Anexos

Anexo 1

Ex.mo. Sr./sra.

O meu nome é Jorge Gato e sou investigador de pós-doutoramento na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). Ao longo dos últimos anos tenho-me dedicado ao estudo da parentalidade exercida por pessoas lésbicas, gays e bissexuais pretendendo, neste momento, alargar esta investigação às pessoas com uma identidade de género trans e/ou não binária. Neste sentido, solicito a sua generosa colaboração para o recrutamento de potenciais participantes no estudo “Ter ou não ter filhos? Eis a questão. Parentalidade prospetiva em pessoas com identidade de género trans ou não binária”.

Muito sucintamente, este estudo implica o preenchimento de um questionário e a realização de entrevista/s coletiva/s, por parte de utentes do serviço que coordena, e que sejam maiores de 18 anos e se identifiquem como trans ou não binários em termos da sua identidade de género.

Mais concretamente, solicitamos a sua colaboração para divulgação do estudo junto dos/as utentes, entregando a cada um/a um envelope contendo informação sobre o estudo, consentimento informado (ver anexos) e questionário. **No momento de divulgação do estudo, pedimos-lhe que refira explicitamente que a participação do/a utente, ou a sua recusa ou desistência, em nada afetará as características da assistência prestada no serviço que coordena.** Pedimos-lhe ainda que receba os envelopes, que posteriormente nos encarregaremos de recolher.

Para maior comodidade dos/as participantes, estamos a solicitar que as entrevistas grupais sejam realizadas nas instalações das instituições que consentiram em participar. Neste sentido, caso seja possível, solicitamos também autorização para a realização da entrevista em espaço que garanta confidencialidade e com condições para acolher até 10 pessoas.

Dada a vulnerabilidade psicossocial da população em estudo, informamos também que o investigador principal, Jorge Gato, estará sempre presente na realização das entrevistas coletivas. Neste sentido, salienta-se a sua formação e experiência clínica, atestadas pela aquisição do grau de Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (Especialidade Avançada em Psicoterapia).

Comprometemo-nos a enviar relatório com resultados principais do estudo, quer para os/as participantes, quer para as instituições, no prazo máximo de um ano após a realização da última entrevista. Comprometemo-nos ainda a mencionar o nome da instituição que coordena, na secção de agradecimentos, em todos os trabalhos/publicações futuros.

Mais informamos que o presente estudo recebeu o parecer positivo da Comissão de Ética da FPCEUP.

Esperamos, desta forma, contribuir para o conhecimento das atitudes face à parentalidade de pessoas que não têm sido ouvidas pela comunidade científica a respeito desta temática, num esforço de colaboração com instituições que sabemos contribuírem para o bem-estar desta população. Estamos disponíveis para esclarecimentos adicionais solicitando, nesse sentido, marcação de reunião. Desde já agradecemos a atenção.

Porto, data

Jorge Gato, investigador de pós-doutoramento

CONSENTIMENTO INFORMADO – ENTREVISTA

Ter ou não ter filhos? Eis a questão.

Parentalidade prospetiva em pessoas com identidade de género trans ou não binária.

Objetivo do estudo: O propósito deste estudo é o de compreender em profundidade como é que as pessoas trans e/ou não binárias em termos da sua identidade de género equacionam a parentalidade e que significados lhe atribuem.

Quem pode participar? Para participar deverá ter pelo menos 18 anos de idade e identificar-se como uma pessoa trans/não binária em termos da sua identidade de género.

Como pode participar? Participando numa entrevista coletiva (entre 4 a 8 pessoas) com outras pessoas trans ou não binárias em termos da sua identidade de género.

Duração: A entrevista demorará entre 1h30m e 2h.

Potenciais riscos: Não se prevê que a participação neste estudo apresente riscos acrescidos ao bem-estar psicológico e/ou físico dos/as participantes. Contudo, se considerar que algum dos assuntos abordados na entrevista é demasiado intrusivo ou stressante, ou lhe suscite outro tipo de preocupações, sinta-se à vontade para interromper a sua participação.

Potenciais benefícios: Espera-se que esta investigação contribua para o conhecimento das decisões de parentalidade numa população que não tem sido ouvida relativamente a esta temática.

O que acontecerá aos resultados do estudo? Os dados recolhidos poderão ser apresentados em conferências, submetidos para publicação em revistas científicas ou ser alvo **de estudos de mestrado. Os dados serão sempre apresentados de forma conjunta e os/as participantes nunca serão identificados/as. No prazo máximo de um ano, receberá via email um relatório síntese com as principais conclusões do estudo, nomeadamente no que diz respeito a tendências gerais de resposta às questões colocadas.**

Anonimato/Confidencialidade: A entrevista será gravada em registo áudio. No início, ser-lhe-á pedido que escolha um pseudónimo para proteger a sua identidade pessoal. Posteriormente, a entrevista será transcrita de forma a poder ser analisada em maior detalhe. A transcrição da entrevista ser-lhe-á enviada, via email. Após a receção deste documento, terá a oportunidade de corrigir alguma informação ou fornecer esclarecimentos adicionais acerca das suas intervenções. Toda a informação recolhida permanecerá completamente anónima e será tratada de forma confidencial. Em publicações futuras poderão ser utilizados excertos de falas dos/as participantes; a estas falas será apenas associado o pseudónimo do/a autor/a e, o seu género e a sua idade.

Direito de não participar ou desistir: A sua participação é completamente voluntária, podendo desistir do estudo a qualquer altura. Pode também optar por não responder a determinadas questões. A sua recusa em participar ou a sua desistência, em nada afetarão as características da assistência que lhe é prestada no serviço de que é utente.

Aprovação ética: O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Quem somos nós: O investigador principal deste estudo é Jorge Gato, investigador de pós-doutoramento na FPCEUP, com uma bolsa da Fundação para a Ciência e Tecnologia. Jorge Gato tem levado a cabo alguns estudos sobre parentalidade exercida por pessoas lésbicas, gays e bissexuais e está neste momento interessado em alargar o estudo desta temática às pessoas trans ou com uma identidade de género não binária. Se tiver alguma dúvida acerca do estudo não hesite em contactar Jorge Gato, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Rua Alfredo Allen, 4200-135, Porto, Email: jorgegato@fpce.up.pt, Tel.: 220 400 635.

Consentimento informado, esclarecido e livre:

Declaro ser maior de 18 anos, ter compreendido o estudo e consinto livremente em participar.

Sim ☐ Não ☐

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

**Ter ou não ter filhos? Eis a questão.
Parentalidade prospetiva em pessoas com identidade de género trans ou
não binária e sem filhos.**

Seguem-se algumas questões sobre características suas.

1. Qual é a sua idade? _____

2. Como descreve a sua identidade de género? Por favor, selecione todas as respostas que se aplicam:
 - ☐ Masculina
 - ☐ Não binária
 - ☐ Feminina
 - ☐ Sem género
 - ☐ Trans
 - ☐ Mulher trans
 - ☐ Homem trans
 - ☐ Transgénero
 - ☐ Mulher transgénero
 - ☐ Homem transgénero
 - ☐ Transexual
 - ☐ Mulher transexual
 - ☐ Homem transexual
 - ☐ Queer
 - ☐ Identidade fluída
 - ☐ Outra: _____

3. Como prefere apresentar o seu género às outras pessoas?
 - ☐ Masculino/homem
 - ☐ Feminino/mulher
 - ☐ Não binário
 - ☐ Andrógino
 - ☐ Fluido
 - ☐ Queer
 - ☐ Outro: _____

4. Vive no género que lhe foi atribuído à nascença?
 - ☐ Sim (ou quase sempre)
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Não
 - ☐ Outra resposta: _____

5. Já recorreu a tratamento hormonal e/ou cirurgia(s)? Por favor, selecione todas as que se aplicam:
 - ☐ Não

☐ Sim ☐ Tratamento hormonal. Que tipo?

☐ Cirurgia. Que tipo?

6. Como descreve a sua orientação sexual? Por favor, selecione todas as que se aplicam:

- ☐ Lésbica
- ☐ Gay
- ☐ Bissexual
- ☐ Homossexual
- ☐ Heterossexual
- ☐ Queer
- ☐ Assexual
- ☐ Outra: _____

7. Qual é sua nacionalidade? _____

8. Como define a sua identidade "racial" e/ou étnica (por exemplo, "branco", "negro", "asiático")

9. Qual é a sua região de residência atual?

- ☐ Norte
- ☐ Sul
- ☐ Centro
- ☐ Grande Porto
- ☐ Grande Lisboa
- ☐ Região Autónoma da Madeira
- ☐ Região Autónoma dos Açores
- ☐ Outra: _____

10. Onde vive? Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ Numa grande cidade
- ☐ Numa pequena cidade
- ☐ Numa vila/aldeia
- ☐ Numa área rural

11. Qual o nível de educação mais elevado que completou até este momento?

- ☐ 4º ano
- ☐ 6º ano
- ☐ 9º ano
- ☐ 12º ano
- ☐ Licenciatura

- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

12. Em que medida considera os valores religiosos importantes no dia-a-dia?

- ☐ ① Nada importantes
- ☐ ② Quase nada importantes
- ☐ ③ Algo importantes
- ☐ ④ Importantes
- ☐ ⑤ Muito importantes
- ☐ ⑥ Extremamente importantes

13. Qual é o seu estatuto relacional/conjugal atual?

- ☐ ☐ Casada/o
- ☐ ☐ Numa união de facto
- ☐ ☐ Coabitação
- ☐ ☐ Com um/a companheiro/a (em residências separadas)
- ☐ ☐ Separada/o
- ☐ ☐ Divorciada/o
- ☐ ☐ Viúva/o
- ☐ ☐ Solteira/o

14. Tem alguma relação do tipo romântico/conjugal atualmente?

- ☐ ☐ Não
- ☐ ☐ Sim (se respondeu sim, responda também às perguntas 15, 16 e 17)
 - ☐ ☐ Com uma pessoa
 - ☐ ☐ Com mais do que uma pessoa

15. Qual é o sexo/género do seu/sua parceiro/a?

16. Qual a duração desta relação? _____

17. Considerando a relação na globalidade, assinale o grau de felicidade que a caracteriza.

- ☐ ① Extremamente infeliz
- ☐ ② Muito infeliz
- ☐ ③ Infeliz
- ☐ ④ Feliz
- ☐ ⑤ Muito feliz
- ☐ ⑥ Extremamente feliz
- ☐ ⑦ Perfeita

18. Qual é o seu estatuto profissional atual? Por favor, selecione todas as que se aplicam:

- ☐ ☐ Trabalho a tempo inteiro

- ☐ Trabalho a tempo parcial
- ☐ Desempregada/o
- ☐ Estudante
- ☐ Outra (por favor especifique)

19. Qual é a sua profissão? _____

20. Caso exerça uma profissão, que tipo de vínculo laboral tem?

- ☐ Não se aplica
- ☐ Temporário
- ☐ Permanente

Agradecemos a sua participação !

Anexo 4

Tabela 2

Construção Do Sistema De Categorias

Categoria	Subcategoria	Descrição
Intenção Parental	<ul style="list-style-type: none">• Intenção parental positiva<ul style="list-style-type: none">○ Descendência○ Realização pessoal○ Graciosidade do processo de gestação○ Filho como fonte de apoio	Descrição das intenções prospectivas dos/as participantes no âmbito da parentalidade e motivações para ter ou não ter intenções.
	<ul style="list-style-type: none">• Intenção parental negativa• Intenção Indefinida<ul style="list-style-type: none">○ Influência da idade e da ausência de preparação para ter filhos○ Influência dos/as parceiros/as○ Priorização do processo de transição	
Vias para a parentalidade	<ul style="list-style-type: none">• Adoção• Gestação de substituição• Via biológica• Inseminação artificial	Meios privilegiados pelos/as participantes com vista a alcançar a parentalidade.
Experiência no Serviço de Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Fertilidade<ul style="list-style-type: none">○ Informação fornecida sobre perda de fertilidade e preservação da fertilidade○ <i>Timing</i> e abordagens na transmissão de informação sobre a preservação de fertilidade○ Ponderação e/ou realização da preservação da fertilidade• Processo de transição	Descrição das vivências subjetivas na interação com os serviços de saúde durante o processo genérico de transição de género, e ao nível dos cuidados de saúde reprodutiva.

Anexo 5

ENTREVISTA – INFORMAÇÃO E MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE NA PARTICIPAÇÃO

Ter ou não ter filhos? Eis a questão.

Parentalidade prospectiva em pessoas com identidade de género trans ou não binária e sem filhos.



O objetivo desta entrevista coletiva é conhecer, de forma aprofundada, o que pensam as pessoas trans e/ou não binárias em termos da sua identidade de género, acerca da parentalidade.

Seguidamente, encontrará alguns esclarecimentos sobre a entrevista.

- Gostaríamos de gravar a entrevista em registo áudio. Posteriormente esta entrevista será transcrita de forma a poder ser analisada em maior detalhe. No início da entrevista ser-lhe-á pedido que escolha um pseudónimo para proteger a sua identidade pessoal.
- Caso aceite participar, a entrevista de grupo terá a duração de 1h30 a 2h. A entrevista será realizada em local de mútua conveniência, a definir.
- Prevê-se a participação de 4 a 8 pessoas em cada entrevista. Temos a noção de que algumas pessoas poderão querer falar mais de alguns assuntos do que de outros e que podem ter opiniões diferentes acerca de determinadas temáticas. Nesta medida, é muito importante que todas as opiniões sejam respeitadas.
- Pedimos-lhe confidencialidade também no que diz respeito às outras pessoas, não divulgando o conteúdo da conversa nem a identidade dos/as outros/as participantes.
- Depois de realizada a entrevista, pode ainda assim desistir da sua participação, bastando nesse caso contactar o investigador principal.
- A transcrição das entrevistas será enviada a todos/as os/as participantes, via email. Após a receção deste documento, terá a oportunidade de corrigir alguma informação ou fornecer esclarecimentos adicionais acerca das suas intervenções durante a entrevista.
- No prazo máximo de um ano, todos/as os/as participantes receberão um relatório síntese com as principais conclusões do estudo.
- Segue-se uma lista de questões que serão colocadas, sendo que podem surgir outras no sentido de esclarecer alguns dos temas que forem surgindo.

1) Já algum/a de vocês pensou em ser pai ou mãe? Porquê? Pensaram em formas concretas de o fazer?

2) Algum/a de vocês decidiu não ter filhos? Porquê?

3) Para quem se encontra num processo de transição a nível hormonal ou cirúrgico, em algum momento deste processo foi abordada a questão da fertilidade? Como?

4) Quais é que acham que são os aspetos mais importantes que devem estar presentes na educação de uma criança? Porquê?

5) A identidade de género das mães/pais é importante para a parentalidade? Porquê?

6) Ter um relacionamento é importante para se ser mãe ou pai? Porquê?

7) O que é que acham que a sociedade pensa acerca da parentalidade exercida por pessoas trans e/ou não binárias em termos da sua identidade de género? Acham que a opinião das pessoas é diferente consoante se esteja a falar de parentalidade exercida por pessoas lésbicas, gays e bissexuais ou por pessoas trans?

8) Qual é que seria a opinião da vossa família se decidissem ter filhos? Há opiniões diferentes na vossa família a respeito deste assunto?

9) Caso decidam ter filhos, qual é que acham que é a melhor forma de lhes apresentar/explicar a vossa identidade trans ou não binária?

10) Por fim, na vossa opinião existem pontos que não tenham sido abordados hoje e que considerem importantes? Alguém gostaria de discutir outras questões?

Gostaria de ser contactado/a futuramente por um/a dos/ para participar numa entrevista coletiva com outras pessoas com identidade de género trans ou não binária?

Sim ☐ Não ☐

Caso tenha respondido sim à pergunta anterior, por favor faculte-nos um contacto (telefone e/ou email):

Anexo 6



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER (Refª 2017/12-9)

A Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo examinado os documentos relativos ao projeto **“Ter ou não ter filhos? Eis a questão. Parentalidade prospectiva em pessoas com identidade de género trans e/ou não binária”**, apresentado pelo **Doutor Jorge Gato**, emite um **parecer favorável** ao desenvolvimento da pesquisa.

Parecer favorável

A CE é favorável à realização do projeto tal como apresentado.

FPCEUP, 23 de janeiro de 2018

A Presidente